

Rusbehandling- motiverte behandlere?

*En studie om hvilke faktorer som fremmer motivasjon blant
behandlere innen rusbehandling*

Tove Kristin Jevne



© Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

31.mai 2009

Sammendrag



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Tove Kristin Jevne	Dato: 31.mai 2009
Tittel og undertittel: Rusbehandling - motiverte behandlere? En studie om hvilke faktorer som fremmer jobbmotivasjon hos behandlere innen langtidsrusbehandling.	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Forsking om hva som fremmer jobbmotivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling er begrenset. Studier fra andre land viser at turnover er høy. Behandlere står overfor store utfordringer. Vi vet blant annet at mange pasienter dropper ut av behandlingen og at mange kanskje ikke lykkes i behandlingen. Samtidig vet vi at relasjonen mellom pasient og behandler er viktig for utfallet av behandlingen. Det var derfor interessant å undersøke hvilke faktorer som fremmer jobbmotivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling.</p> <p>Teoretisk forankring: Det er tatt utgangspunkt i ulike jobbmotivasjonsteorier. Herzbergs tofaktorsteori brukes som et styrende element i den forstand at både aktuell litteratur og studiens funn relateres til tofaktorsteorien.</p> <p>Metode: Studien har et kvalitativt, utforskende design. Åtte behandlere som arbeidet i langtidsrusbehandling ble intervjuet om hva som fremmet jobbmotivasjonen for dem. Det er brukt en eklektisk tilnærming i dataanalysen.</p> <p>Resultater: Å finne mening i arbeidet fremsto som en av de viktigste faktorene for å fremme motivasjon. Behandlerne hadde hver på sin måte funnet en mening i arbeidet, selv om resultatet ikke alltid ble som ønsket. For behandlerne var relasjonen til pasienten svært viktig. Forholdet til pasienten preges både av nærhet og distanse. For å oppnå nødvendig innsikt er tilgang på kunnskap og veiledning essensielt. Andre faktorer som var viktige for behandlerne var en viss grad av forutsigbarhet i arbeidet, skjerming av fritida og sosial støtte fra kolleger. Støtte fra kolleger opplevdes viktig både på faglig og mellommenneskelig plan. Anerkjennelse og tilbakemelding fra leder blir pekt på som viktig. Deltakelse i beslutningsprosesser var også av betydning for motivasjonen.</p> <p>Konklusjon: Studien har satt fokus på arbeidsmiljøet til behandlere i rusfeltet. Studien peker på noen viktige faktorer som fremmer motivasjon. Samtidig indikerer studien noen forutsetninger for motivasjon, som for eksempel tilgang på kunnskap og veiledning. Det er viktig at opplæringsinstitusjoner og arbeidsgivere legger forholdene til rette slik at de som skal jobbe som behandlere innen langtidsrusbehandling er best mulig rustet til oppgaven.</p>	
Nøkkelord: Motivasjon, jobb tilfredshet, jobb engasjement, behandler, sykepleier, rusmisbruk(er), avhengig, rusbehandling, langtidsrusbehandling.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Tove Kristin Jevne	Date: 31.mai 2009
Title and subtitle: Drug rehabilitation – motivated counsellors? A study of factors promoting job motivation with counsellors within long term drug rehabilitation.	
Abstract: <p>Background: Limited research has been done in the area of job motivation with counsellors within long term drug rehabilitation. Figures from studies abroad show a high turnover. Counsellors face great challenges. Among other things we know that there is a high dropout rate among patients and many might not succeed in their rehabilitation. We also know that the relationship between patients and counsellors is important for the result of the rehabilitation. Therefore it was interesting to explore which factors promoted job motivation with counsellors within drug rehabilitation.</p> <p>Theoretical background: Starting point was different job motivation theories. Herzberg's two-factor-theory was used as a guiding element in the sense that both current literature and discoveries in the study were related to the two-factor-theory.</p> <p>Method: The study has a qualitative, explorative design. Eight counsellors working within long term drug rehabilitation were interviewed about what would promote job motivation for them. An eclectic approach has been used in the data analysis.</p> <p>Results: To find the work meaningful turned out to be one of the most important factors promoting motivation. The counsellors had in their own way found their work meaningful, even though the results were not always successful. For the counsellors the relationship with the patients was very important. The relationship between them and the patients shows signs of both closeness and distance. To achieve necessary understanding, access to knowledge and guidance is essential. Other factors important to counsellors were a certain degree of predictability in their work, protecting leisure time and social support from colleagues. Support from colleagues is looked upon as important both from a professional as well as from an interpersonal point of view. Recognition and feedback from superiors were also regarded as important. Participation in the process of decision making was also important for motivation.</p> <p>Conclusion: The study focused on the working environment for counsellors within drug rehabilitation. The study points at some important factors promoting motivation. At the same time the study indicates some assumptions for motivation, for example access to knowledge and guidance. It is important that training institutions and employers make conditions favourable so that future counsellors within long term drug rehabilitation are well prepared for their professional encounters.</p>	
Key words: Motivation, job satisfaction, job commitment, counsellor, nurse, substance abuse/misuse, addicted, treatment, long term drug rehabilitation.	

Forord

Det har vært interessant, lærerikt og krevende å jobbe med materoppgaven.

Jobbmotivasjon er et spennende tema som er viktig for mange. Særlig interessant har det vært å jobbe med tema innen rusfeltet. Behandlerne der gjør en flott jobb som det er viktig å ta vare på. Tusen takk til respondentene som var villige til å stille opp på intervju og som delte raust sine erfaringer med meg. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave!

Så vil jeg få rette en stor takk til veilederen min, Randi Nord for god veiledning underveis. Med sin faglige dyktighet og kreative innspill har hun hjulpet meg videre når jeg har stått fast. Jeg har alltid gått fra veiledningstimene inspirert til videre innsats!

Takk til arbeidsgiver, Stiftelsen Riisby Behandlingssenter, som la til rette slik at jeg fikk permisjon i halv stilling i 10 måneder for å skrive oppgaven. Spesiell takk til Edel Nordby og Ruth Sørseth for god støtte. Takk til Tone Sandberg for skrivehjelp da armen ble vond.

Varm takk til mannen min, Jon Arne, som har lånt bort kontoret sitt og hjulpet meg med data hele veien. Takk for lesing av korrektur og takk for inspirasjon når det har gått som tyngst. Takk til Ingebjørg for støtte og til Brit-Hege for korrekturlesing.

Hunndalen 31.mai 2009.

Tove Kristin Jevne

Innhold

SAMMENDRAG	I
FORORD	III
INNHold	V
1. INNLEDNING	1
1.1 STUDIENS PROBLEMSTILLING	4
1.2 STUDIENS HENSIKT.....	4
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	5
2. SENTRALE BEGREPER I STUDIEN, BAKGRUNNSTOFF OG AKTUELL TEORI.....	7
2.1 SENTRALE BEGREPER I STUDIEN.....	7
2.1.1 <i>Behandler</i>	7
2.1.2 <i>Rusmisbruker</i>	7
2.1.3 <i>Langtidsrusbehandling</i>	8
2.1.4 <i>Pasient</i>	8
2.2 AKTUELT BAKGRUNNSTOFF	8
2.2.1 <i>Hvordan tjenesten er organisert</i>	8
2.2.2 <i>Om behandlerrollen</i>	10
2.3 JOBBMOTIVASJONSTEORI	11
2.3.1 <i>Individrelatert</i>	12
2.3.2 <i>Arbeidsrelatert</i>	13
2.3.3 <i>Herzbergs tofaktorteori</i>	13
2.3.4 <i>Andre beslektede fagfelt</i>	14
3. LITTERATURGJENNOMGANG	17

3.1	HVA SIER FORSKNINGEN OM BEHANDLERES MOTIVASJON?	17
3.2	OPPSUMMERING I HENHOLD TIL HERZBERGS TOFAKTORTEORI.....	20
4.	METODE	23
4.1	DESIGN OG METODE	23
4.2	UTVALG	24
4.2.1	<i>Tilgang til forskningsfeltet</i>	<i>25</i>
4.3	DATAINNSAMLING	26
4.3.1	<i>Intervjuguiden</i>	<i>26</i>
4.3.2	<i>Gjennomføring av intervjuene.....</i>	<i>28</i>
4.3.3	<i>Transkribering</i>	<i>29</i>
4.3.4	<i>Etiske overveielser</i>	<i>30</i>
4.4	DATAANALYSE.....	31
4.4.1	<i>Bli kjent med data.....</i>	<i>33</i>
4.4.2	<i>Kategorisering</i>	<i>33</i>
4.4.3	<i>Koding.....</i>	<i>34</i>
4.4.4	<i>Resultat.....</i>	<i>34</i>
4.5	STUDIENS RELIABILITET, VALIDITET OG GENERALISERBARHET	35
4.5.1	<i>Studiens reliabilitet</i>	<i>35</i>
4.5.2	<i>Studiens validitet.....</i>	<i>37</i>
4.5.3	<i>Studiens generaliserbarhet.....</i>	<i>40</i>
5.	PRESENTASJON AV FUNN.....	43
5.1	PRESENTASJON AV ANALYSEN.....	43
5.2	PRESENTASJON AV FUNN: INVOLVERING- RELASJONEN TIL PASIENTEN	47
5.3	TVILEN OG TRUA – Å FINNE MENING I ARBEIDET SITT	49

5.4	DISTANSERING – AVSTANDSTAKNING	50
5.5	FRITID	51
5.6	FORUTSIGBARHET	53
5.7	ARBEIDSMILJØ – KOLLEGER	54
5.8	ORGANISASJONEN	55
5.8.1	<i>Ledelse</i>	55
5.8.2	<i>Tilbakemelding fra overordnet</i>	55
5.8.3	<i>Beslutningsmyndighet</i>	56
5.8.4	<i>Krav</i>	56
5.8.5	<i>Lønn</i>	57
5.8.6	<i>Fysisk arbeidsmiljø</i>	57
5.8.7	<i>Status</i>	58
5.8.8	<i>Bedriftens policy</i>	58
6.	DRØFTING AV FUNN	59
6.1	FORUTSIGBARHET, ARBEIDSMILJØ OG ORGANISASJONEN	59
6.1.1	<i>Forutsigbarhet</i>	59
6.1.2	<i>Arbeidsmiljøet og organisasjonen</i>	65
6.2	INVOLVERING, DISTANSERING OG FRITID.	70
6.2.1	<i>Relasjonen</i>	70
6.2.2	<i>Behandlerens selvinnsikt</i>	73
6.2.3	<i>Behandlerens behov for kunnskap</i>	77
6.2.4	<i>Behandlerens behov for adspredelse og fritid</i>	79
6.3	Å FINNE MENING I ARBEIDET.	81
6.4	SAMMENLIGNBARE PASIENTGRUPPER	85

6.5	STUDIENS FUNN RELATERT TIL HERZBERGS TOFAKTORTEORI	86
7.	AVSLUTNING.....	89
7.1	KONKLUDERENDE REFLEKSJONER	89
7.2	METODEKRITIKK	91
7.3	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING OG TILTAK	92
	KILDELISTE.....	95

VEDLEGG

Vedlegg 1: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS – 05.11.2007

Vedlegg 2: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS – 14.05.2009

Vedlegg 3: Søknad om tilgang på respondenter

Vedlegg 4: Informasjon vedr. deltagelse i en studie om hva som gir
behandlere/terapeuter motivasjon til å arbeide med langtidsrusbehandling.
Samtykkeerklæring.

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1	44
Tabell 2	46

1. Innledning

Rusavhengighetsbehandling er som følge av rusreformen etablert som et nytt tjenesteområde innenfor spesialisthelsetjenesten (Odelstingsproposisjon nr. 3, 2002-2003). Stortingets overordnede mål med rusreformen har vært at rusmisbrukere skal få bedre og mer samordnede tjenester og at behandlingsresultatet skal bli bedre.

Målsettingen ved behandling av rusavhengige skal være tilpasset den enkeltes uttrykte behov (Rundskriv I-36/2001). I en artikkel av Nielsen (2005) understrekes viktigheten av å sette pasientens perspektiv i fokus og å være lydhør for pasientens opplevelser av misbruket. Det er ingen behandling som er effektiv for alle.

Behandlingen må tilpasses den enkelte (Varhely, 2000). Rusbehandling deles inn i korttidsbehandling for behandling inntil 6 måneder og langtidsbehandling som er inntil ett år (Behandling av rusavhengighet, 2008). Rusmisbrukere benevnes både som klienter og pasienter. Jeg velger å bruke begrepet pasient.

Tilbakefall er spesielt for dette feltet, det er trolig ingen andre pasientgrupper som har så høy avbruddsfrekvens i behandlingen. Av alle som var i behandling i 2007, valgte 30 prosent å avslutte uten at dette var avtalt med behandlende instans, også kalt ”drop-out” (Klientkartleggingsdata, 2007). Det kan av og til føles som pasienten motsetter seg behandling. Den avhengiges forsvarsmekanismer er ikke annerledes enn andres forsvarmekanismer, men de blir gjerne brukt på en mer dysfunksjonell måte. Forsvarmekanismer som ofte forekommer hos ruspasienter er benektelse, rasjonalisering, minimalisering, projeksjon og fortrenging (Evans, 1998; Hardiman, 2001).

Begrepene ”behandling” og ”behandlere” brukes i tverrfaglig rusbehandling.

Lazaridis (2003) hevder i en artikkel at det finnes relativt lite forskning på behandlingseffekt, og at man har ulne begreper om hva behandling i det hele tatt er. Statens helsetilsyn (2000) definerer ”behandling” som den samhandlingen mellom behandler og pasient som bidrar til å redusere pasientenes symptomer og øke mestring. En lignende definisjon av behandling finnes i Lov om sosiale tjenester

(1991 nr. 81). Det finnes ingen nasjonal kartlegging av turnover blant behandlere innen rusbehandling (Sektorrapport for rusbehandling, 2007). Men forskning fra andre land viser at det er en utfordring å beholde behandlere innen rusbehandling og at turnover er høy (Knudsen, Johnson og Roman, 2003).

Rusbehandlingen i Norge er lite standardisert. Det eksisterer ikke en klar oppfatning av hva som er den beste rusbehandlingen. Dette kommer fram i en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak (NOU 4: 2003). Rusfeltet preges av mangfold i tilbudet, hvor det blir lagt vekt på at behandlingen skal tilpasses den enkelte. Statens helsetilsyn etterlyser faglige standarder og retningslinjer på de tverrfaglige spesialiserte tjenestene (Vedlegg fra Statens helsetilsyn, 2007). Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utarbeide flere faglige retningslinjer om tjenester til rusmiddelmisbrukere (Behandling av rusavhengighet, 2008). I Lov om spesialisthelsetjeneste (1999, nr 61) heter det at rusbehandling skal være tverrfaglig spesialisert. Det forutsettes at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal bestå av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse, og at den hjelpen som ytes holder et faglig nivå som tilsvarer den øvrige spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foreløpig ikke knyttet opp til en medisinsk spesialitet (Strategisk plan for rus og avhengighets behandling, Aker Universitetssykehus HF 2006-2010). Mange av de som jobber med rusavhengighet har gjerne helse- eller sosialfaglig bakgrunn, men de færreste har tilleggsutdanning innen rusavhengighet (Lazaridis, 2003). Aker Universitetssykehus, som har et koordinerende ansvar for rusbehandlingen i Helse Sør-Øst, sier i strategiplanen at de legger vekt på å ha engasjerte og kompetente behandlere for å sikre høy faglig kvalitet på den tverrfaglige behandlingen (Strategisk plan for rus og avhengighets behandling, Aker Universitetssykehus HF 2006-2010).

Når det gjelder resultater av rusbehandling, konstateres det at effektforskning er mangelvare (NOU 4: 2003). For tiden arbeides det med en studie som sammenligner behandlingsresultater mellom langtidsbehandling og korttids poliklinisk behandling (Steiro & Dalsbø, 2009). Studien er ikke avsluttet. Ravndal (1997) gjorde en

oppfølgingsstudie av stoffmisbrukere som fulgte behandlingsopplegget Terapeutisk Samfunn. Hun fant at av de som fullførte programmet var 36 prosent ute av misbruket eller hadde et moderat misbruk, mens av de som ikke fullførte programmet var det 17 prosent som hadde oppnådd det samme. Eksempelet viser at rusbehandling er krevende.

Studier viser at forholdet mellom behandler og pasient er avgjørende for resultatet av behandlingen. Pasienter med svak behandlerallianse dropper ut av behandlingen betydelig tidligere enn pasienter med sterkere behandlerallianse (Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough og Heller, 2006). I en studie om behandlingsformen Motiverende Intervju (Moyers, Miller og Hendrickson, 2005) fremkommer det at behandleres mellommenneskelige ferdigheter er avgjørende for hvor mye pasienten involverer seg i behandlingen. Viktige faglige kvalifikasjoner som trekkes fram hos behandlerne er evne til å vise empati, anerkjennelse, likeverdighet og varme. Studier viser at pasientene samarbeider mer, er åpnere og gir lettere uttrykk for følelser (Moyers et al, 2005). Egenskaper ved terapeuten har betydelig innvirkning på behandlingsresultatet. For eksempel gir empati og støtte bedre resultat enn konfrontasjon (Johnsen, 1995). Å oppdage pasienters variasjon i klarhet for forandring er en stor utfordring som forutsetter at behandleren ser hver enkelt pasient som unik (Varhely, 2000).

Behandleres ferdigheter kan dermed være avgjørende for utfallet av behandlingen. Studier viser at jobbmotivasjon er relatert til yrkesutøvelse og jobbtilfredshet (Szymanski & Parker, 1995). Bedring i holdninger til jobben fører til bedring i yrkesutøvelsen (Herzberg, Mausner og Snyderman, 1993). Yrkesengasjement er positivt relatert til yrkesutøvelsen (Lee, Carswell og Allen, 2000). Jelstad (2007) finner i sin studie at det er en sammenheng mellom indre motivasjon og yrkesutøvelsen. I en studie av Taylor (1990) hevdes det at for å kunne møte psykisk syke menneskers basale behov, så er det nødvendig at behandlere er motiverte.

Nesten all bevisst atferd er betinget av motivasjon. Ut fra kunnskaper om hva som motiverer mennesker blir det bygd opp en belønningsstruktur som skal sikre at

medarbeiderne arbeider mot organisasjonens mål. De ansatte bidrar med arbeidsinnsats, og belønningen er de godene de ansatte mottar. For å sikre seg ønskelige bidrag må organisasjonen tilby belønninger som medarbeiderne verdsetter (Busch & Vanebo, 1995). Mennesker motiveres av ulike faktorer. En person motiveres av utfordrende oppgaver en annen motiveres av økonomiske goder.

Jeg har opplevd behandlere innen langtidsrusbehandling som svært engasjerte og motiverte på tross av at de har en krevende oppgave. De har en krevende oppgave både fordi den er lite definert og fordi det er høy ”dropout” og resultatene er usikre. Det kan synes som det finnes lite litteratur eller forskning på hvordan behandlere innen rusbehandling kan beholde motivasjonen. Jeg finner det derfor interessant å undersøke nærmere hva som fremmer motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling.

1.1 Studiens problemstilling

Studiens problemstilling er som følger:

Hvilke faktorer fremmer jobbmotivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling.

Det tas utgangspunkt i behandlere som har minimum treårig helse- eller sosialfaglig utdanning, og som har behandleransvar for pasienter som er innlagt til rusbehandling for seks måneder eller mer.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å beskrive hvilke faktorer ved jobbmotivasjon som behandlere selv opplever viktig i arbeidet med ruspasienter i langtidsbehandling. Det har vært skrevet mye og forsket en god del på motivasjon i arbeidslivet. Men det ser ut til å være forsket lite i forhold til den yrkesgruppen som jobber med

langtidsrusbehandling i Norge. Det er gjort en del studier i andre land. Mange av disse går spesielt på hvordan beholde behandlere i rusfeltet. I media hører vi stadig om mangler i rusomsorgen og spesielt mangler på behandlingsplasser. Ved å kartlegge hvilke faktorer som fremmer motivasjon blant behandlere, kan det legges til rette slik at behandlere rekrutteres til /blir i rusfeltet. Som det ble pekt på innledningsvis, er det trolig også slik at motiverte behandlere gjør en bedre jobb (Szymanski & Parker, 1995). Ved å ha behandlere som er motiverte, kan pasientene få en bedre opplevelse av behandlingen, effekten av behandlingen kan bli bedre og drop-out vil kanskje avta.

1.3 Oppgavens oppbygging

I første kapittel presenteres og begrunnes problemstillingen. Kapittelet inneholder også en presentasjon av studiens hensikt og oppgavens oppbygging. I kapittel to gis en definisjon av sentrale begreper, aktuelt bakgrunnstoff presenteres samt relevant teori. Her presenteres teori om jobbmotivasjon, blant annet Herzbergs tofaktorteori. I studiens tredje kapittel gis en innføring i relevant litteratur, blant annet om hva forskningen sier om behandlermotivasjon i langtidsrusbehandling. Herzbergs tofaktorteori brukes som et styrende element i den forstand at aktuell litteratur relateres til tofaktorsteorien i en oppsummerende del på slutten av kapittelet.

Hele kapittel fire er viet til metode. Her presenteres og begrunnes metoden og designet som er valgt. Utvalg og tilgang til forskningsfeltet omtales. Det gis en beskrivelse av hvordan datainnsamlingen har foregått. Analysemetode presenteres og selve analysen synliggjøres ved et eksempel fra prosessen.

Hele kapittel fem dreier seg om presentasjon av funn. Funnene er samlet under syv hovedkategorier. I kapittel seks utdypes funnene ytterligere og drøftes opp mot relevant forskning og aktuell teori. I dette kapittelet er de syv funnene trukket sammen til tre enheter. I tillegg til å diskutere funn opp mot teori og forskning, presentert i kapittel tre, vil funn også bli diskutert opp mot ny litteratur da det er slik

at funn genererer nye litteratursøk. På slutten av kapitlet gjøres en refleksjon over om det er andre sammenlignbare pasientgrupper det kan trekkes erfaringer fra.

Kapitlet inneholder også en oppsummering av funn relatert til Herzbergs tofaktorsteori.

I kapittel syv avsluttes studien med noen konkluderende refleksjoner og forslag til videre tiltak. Til slutt gjøres det en kritisk vurdering av metoden som er brukt og det redegjøres for forslag til videre forskning.

2. Sentrale begreper i studien, bakgrunnstoff og aktuell teori

I dette kapittelet gis en definisjon av sentrale begreper i studien. Aktuelt bakgrunnstoff presenteres i form av en beskrivelse hvordan tjenesten til rusavhengige er bygd opp og det gis en innføring i hvilke utfordringer behandlerrollen står overfor. Til slutt i kapittelet gis en innføring i motivasjonsteori.

2.1 Sentrale begreper i studien.

2.1.1 Behandler

Jeg har valgt å se nærmere på behandlerrollen innen langtidsrusbehandling. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det ingen entydig definisjon av det å være behandler. Jeg velger å definere behandler som en person som har treårig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag, med eller uten tilleggsutdanning, og som har som sin hovedoppgave å være behandler for en eller flere pasienter. Siden tverrfaglig spesialisert rusbehandling i institusjon er definert som en helsetjeneste, vil alle som jobber med pasienter i institusjonen være helsearbeidere og de vil være omfattet av Lov om helsepersonell (1999, nr. 64). I mine søk ble behandler, slik jeg definerer det, oversatt til counsellor. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er også profesjonen sykepleier aktuell som behandler. Det ble derfor aktuelt å søke på nurse i tillegg til counsellor.

I teksten brukes begrepene ”behandler” og ”respondent” om hverandre. Dette gjøres for å gi mer variasjon i språket.

2.1.2 Rusmisbruker

Rusmisbruker brukes om personer som har en avhengighet knytta til alkohol, medikamenter eller narkotika. Rusmisbruker er det begrepet som Rusmisbrukernes

Interesseorganisasjon, Rio, selv bruker (Årsrapport, 2008). Sosial og helsedirektoratet bruker også det samme begrepet (Behandling av rusavhengighet, 2008). Jeg velger derfor å bruke begrepet ”rusmisbruker” i studien. Rusfeltet er brukt som en samlebetegnelse på fagfeltet som omhandler rusbehandling.

2.1.3 Langtidsrusbehandling

Jeg har valgt å se på motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling. Med langtidsrusbehandling menes det i denne studien at behandlingen foregår i institusjon. Varigheten av oppholdet er seks måneder eller mer. Langtidsrusbehandling er valgt fordi jeg tenker det er ekstra krevende. Lang behandling høyer forventninger til resultat blant annet. Samtidig vet vi at mange dropper ut av behandlingen. Langtidsbehandling er utfordrende i den forstand at det utfordrer behandlere på utholdenhet.

2.1.4 Pasient

Jeg velger å bruke begrepet ”pasient”. Tradisjonelt har nok rusmisbrukere falt inn under begrepet klient. Men siden rusbehandling nå er en del av spesialisthelsetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999 nr. 61) og omfattet av pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter, 1999 nr. 63) faller det naturlig at begrepet ”pasient” benyttes.

2.2 Aktuelt bakgrunnstoff

2.2.1 Hvordan tjenesten er organisert

De regionale helseforetakene har ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999 nr. 61).

Administreringen av tjenesten er forskjellig i de ulike helseforetakene. I Helse Sør-

Øst er det Aker Universitetssykehus som har et overordnet koordineringsansvar for denne tjenesten.

Både den kommunale legetjenesten og sosialtjenesten kan henvise til spesialisert behandling (Rundskriv I-8/2004). Pasienten kan selv være med å bestemme hvor behandlingen skal gjennomføres (Lov om pasientrettigheter, 1999 nr. 63). Pasienten kan ikke selv avgjøre på hvilket nivå hjelpen skal gis. Det er det spesialisthelsetjenesten som avgjør.

De regionale helseforetakene deler tjenestetilbudet til rusmisbrukere inn i fire nivå: avrusing, poliklinisk behandling, korttidsdøgnbehandling, langtidsdøgnbehandling. I tillegg kommer legemiddelassistert rehabilitering. (Behandling av rusavhengighet, 2008).

Langtidsbehandlingen er preget av mangfold, der både private og offentlige aktører yter tjenester. Ulik behandlingsfilosofi og verdisyn er representert. Mangfoldet i tilbudet er et bevisst valg, siden det er internasjonal dokumentasjon på at spesifikke psykososiale behandlingsmetoder synes å gi bedre effekt enn "standard" behandling (NOU 4: 2003). Felles for alle behandlingstilbudene er at behandlerne på de ulike stedene har en svært viktig oppgave. Dette kommer til uttrykk i forskningen som Fridell (1996) har gjort, der han hevder at personalets måte å møte pasienter på, er det som pasienter selv opplever som den viktigste kvalitetsfaktoren i behandlingen. Det er av stor betydning at institusjoner har evne og mulighet til å dekke pasientenes individuelle behov, samt formidle forståelse og bekreftelse til pasienten (Fridell, 1996).

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for nasjonale kvalitetsstrategier for forbedring av tjenestetilbudet. Viktige elementer i strategien er utvikling av kvalitetsindikatorer og av faglige retningslinjer for behandling av rusavhengige (Behandling av rusavhengighet, 2008).

2.2.2 Om behandlerrollen

Behandlere kan utløse uutnyttede ressurser hos pasienten og sette i gang terapeutiske prosesser. Behandlers mål bør være å skape en god relasjon til pasienten (Jenner, 1987). Ulike karaktertrekk påvirker behandlers overveielser. Hva kjennetegner så en god relasjon? Holm (1985) sier noe om hvilke krav som stilles til en profesjonell holdning. Disse kravene er kunnskap, selvinnsikt og empati. Krav om kunnskap er uomtvistelig. Kravet til selvinnsikt utdypes nærmere i Furuholmen og Andersen (1998) som spør ”Hvem blir jeg i samspillet med pasienten?”, hvor de peker spesielt på fenomenene overføring og motoverføring som gjør seg gjeldende. Vanlige motoverføringsreaksjoner er å se pasienten som slem, manipulerende og lite samarbeidsvillig heller enn plaget og redd (Furuholmen & Andersen, 1998). Containerbegrepet er et annet fenomen, der pasienten kan ta ut sinne og frustrasjon på behandleren. Furuholmen og Andersen (1998, s.222) hevder at ”den fordøyelsen vi må gjøre av dette stoffet før vi kan presentere det tilbake til pasienten, koster oss mer enn de fleste av oss er klar over”. Evne til empati blir av Varhely (2000) fremhevet som en av de viktigste egenskapene i møte med pasienten. En empatisk holdning forutsetter at man som behandler forsøker å frigjøre seg fra alle forutinntatte meninger om pasienten (Jenner, 1987). Empati forutsetter et positivt menneskesyn. Tro på at mennesket har iboende muligheter som kan utvikles under visse omstendigheter, og at mennesket har mulighet til å forstå seg selv (Jenner, 1987). Den empatiske prosessen kan oppsummeres i fire punkt: identifisering, inkorporering, refleksjon og distansering (Germain & Gitterman, 1980). Evnen til empati kan forstyrres av vår personlige ideologi, som kan stå i konflikt til den offisielle behandlingsideologien. Vår personlige ideologi kan føre til at vi møter mennesker som har andre ”standarder” enn oss selv med fordømmelse (Furuholmen & Andersen, 1998).

Valset (2004) skriver om det omvendte omsorgsmotiv, når helsepersonell har mer fokus på å få tilfredstilt egne behov enn innlevelsen med den andre. Med det mener hun at helsepersonell går inn i omsorgsarbeid for å få dekket egne behov for ros,

takknemlighet og opplevelse av makt. Helsepersonellet opplever da pasienten utfra egne behov og pasientens belønningspotensial. Med en slik tilnærming er faren stor for blant annet forskjellsbehandling og lite profesjonalitet. Tilnærmingen er like lite egnet innen rusbehandling som innen annen helsetjeneste.

2.3 Jobbmotivasjonsteori

Innenfor praksisdomenet beskriver Kim (2000) flere faktorer som er med å påvirke sykepleieres vurderinger (deliberation). Noen av disse faktorene kan være kontekstuelle, pasientrelaterte eller forhold ved sykepleieren selv. Kim (2000) peker på at sykepleierens motivasjon og engasjement er faktorer som vil være med å påvirke sykepleierens vurderinger bevisst og ubevisst. Også i selve utøvelsen av faget vil sykepleierens motivasjon påvirke handlingen.

Ordet motivasjon kommer fra det latinske ordet *movere*. Motivasjon betyr å bli flyttet til å gjøre noe. Pinder (1998) beskriver motivasjon som et sett av energiske krefter som finnes både i og utenfor en person, som kan sette i gang arbeidsrelatert atferd og som kan bestemme atferdens form, retning, intensitet og varighet. Dette er en vid definisjon som omfatter både individets og omgivelsens betydning for motivasjonen. Noen finner forklaring på motivasjon hos individet, mens andre foretrekker å finne forklaringen utenfor individet, for eksempel i organisasjonen eller ved arbeidets egen karakter.

Hva som motiverer mennesker er ikke entydig. Det finnes mange teorier som forsøker å forklare motivasjon, men det finnes neppe en teori som forklarer den hele og fulle sannheten om motivasjon (Busch & Vanebo, 1995). De behovsorienterte teoriene har som utgangspunkt at manglende behovsdekning er den viktigste årsaken til motivasjon. Her kan nevnes Maslows motivasjonsteori, som sier noe om at mennesket søker å dekke sine grunnleggende behov og dermed motiveres til atferd. En annen retning innen behovsorientert teori tar utgangspunkt i at mennesket har tre typer behov: prestasjonsbehov, kontaktbehov og maktbehov og at individet prøver å

handle slik at de får disse behovene dekket. Individet vil slites mellom ønske om suksess og angsten for nederlag. "Locus of control" er en dimensjon som hører inn under prestasjonsteorien og har med hvorvidt personen plasserer årsaken til resultatet hos seg selv eller utenfor seg selv (Busch & Vanebo, 1995). En annen hovedgruppe av motivasjonsteorier er motivasjon ut fra kognitive prosesser. Det sentrale i disse teoriene er at atferden styres ut fra forventninger om fremtidige belønninger. Når personen står overfor en valgsituasjon vil vedkommende vurdere sannsynligheten for at de enkelte alternativene fører til en ønsket belønning. Personen ønsker å maksimere bidrag- belønningsbalansen. En annen variant er likhetsteorien, den tar som utgangspunkt at personer ønsker en bidrag- belønningsbalanse i samsvar med hva andre personer oppnår (Busch & Vanebo, 1995).

I det videre presenteres hovedlinjene i tre typer teorier som alle må sies å ha sitt utspring i de behovsorienterte teoriene. Jeg har valgt å vise en modell som er individrettet, en modell som er arbeids/organisasjonsrettet og Herzbergs tofaktorsteori. I tillegg skrives det litt om beslektet teori i slutten av kapitlet.

2.3.1 Individrelatert

Motivasjon kan deles i en indre og ytre type. Det refereres til indre motivasjon når noe gjøres fordi det oppleves interessant eller morsomt, mens det kalles ytre motivasjon når noe gjøres for å oppnå et resultat som ikke er direkte knyttet til handlingen (Ryan & Deci, 2000b). Ytre motivasjon kan være regulert av ytre tvang, regler, normer eller viktighet.

I Deci & Ryans selvbestemmelsesteori (Deci & Ryan, 1985a; Ryan & Deci, 2000a) blir det hevdet at indre motivasjon handler om et dypt menneskelig behov for å være kompetent og selvbestemt i forhold til omgivelsene. Tanken er at personen blir indre motivert når det han holder på med er selvvalgt. I selvbestemmelsesteorien splittes ytre motivasjon i fire undergrupper der personens grad av å være selvstyrt vil variere fra å være relativt kontrollert til å være selvstyrt. Hvor selvstyrt personen er, avhenger av hvor internalisert en ytre regulering er hos personen. Desto mer en regulering har

blitt tatt opp som personens egen, internalisert, desto mer vil personen oppleve å handle selvbestemt. De sier videre at personens evne til å internalisere reguleringer, verdier og krav, og å inkorporere dem som sine egne, er avhengig av at personen får støtte for sine essensielle behov. Her nevnes behovet for kompetanse, autonomi og å være i relasjon til noen. Man kan på en måte si at Selvbestemmelsesteorien handler om gjøre ytre motivasjon om til indre motivasjon.

2.3.2 Arbeidsrelatert

Hackman & Oldham, (1976,1980) har mer fokus på arbeidet i seg selv, at arbeidets karakter har innflytelse på individets velvære og resultatet for organisasjonen. De har utviklet en modell kalt Job Characteristics Model. De har identifisert fem kjernekarakteristikker ved jobben som fremmer motivasjon; variasjon i arbeidet, se helheten ved jobben, at en gjør en jobb som er viktig for andre, autonomi til å bestemme hvordan jobben skal gjøres, og feedback på utøvelsen og resultatet. Det hevdes at kjernekarakteristikkene er bestemmende for tre viktige psykologiske tilstander. De tre første fremmer følelse av meningsfullhet. Autonomi bidrar til å føle ansvarlighet og feedback fører til kunnskap om resultatet. Det hevdes at disse psykologiske tilstandene gir større jobbtildfredshet, indre motivasjon, redusert fravær og bedrer jobbutøvelsen.

2.3.3 Herzbergs tofaktorteori

Herzberg klassifiseres som en behovsteori som sier noe om forholdet mellom motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer (Herzberg et al,1993). Herzberg brøt med tradisjonell tekning, som så trivsel i sammenheng med om individet hadde fått oppfylt sine behov eller ikke (Bjørvik og Haukedal,1997). Det tenkes endimensjonalt, at dersom tilstedeværelse av en variabel fører til trivsel, vil fravær av den samme variabelen føre til mistrivsel. Herzberg et al (1993) mener at de faktorene som fører til trivsel ikke nødvendigvis er de samme som fører til mistrivsel. Trivsel er altså todimensjonal. Motivasjonsfaktorer skaper trivsel i den grad de er tilstede, men ikke

mistrivsel om de ikke er tilstede. Hygienefaktorene skaper mistrivsel i den grad de ikke er tilstede, men ikke nødvendigvis trivsel om de er tilstede (Herzberg et al, 1993). Eksempler på motivasjonsfaktorer kan være: prestasjoner, anerkjennelse, arbeidet i seg selv, ansvar, forfremmelse og vekst. Men hygienefaktorer dreier seg om de fysiske arbeidsforholdene, bedriftens politikk som helhet, om lederen er teknisk kompetent, supervisjon, mellommenneskelige forhold, økonomisk godtgjørelse, status, trygghet i arbeidet og privatlivet. Inndelingen i de respektive faktorene må tolkes utfra den tiden det var skrevet i. Den opprinnelige studien til Herzberg og medarbeiderne ble utført i 1959. Kanskje ville kollegialitet som en faglig relasjon vært plassert annerledes i dag? Herzberg et al (1993) knytter jobbtildfredshet/trivsel til faktorer som har med selve jobben å gjøre, mens mistrivsel knyttes til faktorer som har med konteksten å gjøre. Det kan dermed antydes en viss likhet til teorier som handler om ytre og indre motivasjon.

Herzbergs teori er kritisert for ikke i tilstrekkelig grad å ta hensyn til individuelle forskjeller når det gjelder hvilke faktorer som fører til trivsel og mistrivsel. Den mangler fleksibilitet til å fange opp forskjeller i personlighetsstrukturen hevder Bjørvik & Haukedal (1997).

2.3.4 Andre beslektede fagfelt

Fagfeltet som beskriver motivasjonsteorier grenser nært opp til feltet som omtaler stress og utbrenthet. Richardsen (2002) går så langt som til å definere jobbengasjement som den direkte motsatsen til utbrenthet, hvor jobbengasjement karakteriseres av energi, involvering og effektivitet. Maslach & Leiter (1997) har beskrevet seks domener om kilder til utbrenthet. Richardsen (2002) hevder at de samme domenene er viktige for å kunne beskrive forutsetninger for jobbengasjement. De seks domene er: arbeidsmengde, kontroll over arbeidsprosessen, anerkjennelse over utført arbeid, sosialt felleskap, rettferdighet, respekt og enighet om verdier.

Richardsen (2002) hevder at det har vært mye fokus på individuelle tiltak når det gjelder utbrenthet, men at det i liten grad har vært fokusert på organisatoriske tiltak.

Richardsen (2002) fant at positive jobbressurser som støtte og tilbakemeldinger fra ledelsen, deltakelse i beslutningsprosesser, tilbakemelding på prestasjoner og oppgavevariasjon var forbundet med jobbengasjement.

Begrepet organisasjonstilknytning ses en del brukt i artikler om motivasjon. Det referer til i hvilken grad arbeidstaker forener seg med organisasjonens verdier samt arbeidstakerens intensjoner om å fortsette å jobbe for organisasjonen (Mowday, Porter og Steers, 1982). Jobbtilfredshet referer til hvorvidt jobben er en kilde til tilfredsstillelse av behov og omfatter i liten grad forholdet en arbeidstaker har til arbeidet som sådan (Richardsen, 2002).

Dersom det tas utgangspunkt i definisjonen til Richardsen (2002) ovenfor, så refererer jobbtilfredshet seg bare til tilfredsstillelse av behov. I denne studien er det ønskelig å se utover det som gir tilfredsstillelse for den enkelte. I jobbsammenheng er det ønskelig at den ansattes tilfredshet skal føre til en optimal utførelse av jobben (handling). Dette er grunnen til at det i problemstillingen er valgt begrepet ”motivasjon” og ikke begrepet ”tilfredshet”. I litteraturen kan det se ut som begrepene brukes noe om hverandre. Særlig i den engelskspråklige litteraturen ser det ut til å være tilfelle. Også Herzberg et al (1993) bruker begrepene ”job satisfiers” og ”dissatisfiers” i utledningen av tofaktorteorien. I denne studiens litteratursøk brukes både begrepene ”motivasjon” og ”jobbtilfredshet”. På engelsk brukes ”motivation” og ”job satisfaction”. I tillegg er det valgt å ta med begrepet ”jobbengasjement/job commitment”.

3. Litteraturgjennomgang

3.1 Hva sier forskningen om behandleres motivasjon?

I dette kapittelet presenteres forskning som er relevant for studien, forskning på hva som fremmer motivasjon hos behandlere. Det er gjort litteratursøk i flere databaser, deriblant Psyk Info, Eric, Cinahl og Pubmed med søkeordene: counsellor, nurse, motivation, job satisfaction, job commitment, substance abuse, substance misuse, addicted, treatment, long term drug rehabilitation. I Bibsys er det gjort søk med søkeordene: behandler, sykepleier, motivasjon, jobb tilfredshet, jobb engasjement, rusmisbruk/misbruker, avhengig, rusbehandling og langtidsrusbehandling.

Det er mye litteratur å finne på temaene motivasjon og jobbtildfredshet. Også i forhold til rådgivere eller behandlere som jobber med mennesker, for eksempel i en rehabiliteringssituasjon, finnes det mye i litteraturen. Det er få studier knyttet til jobbmotivasjon generelt hos behandlere i rusfeltet. Evans & Hohenshil (1997) gjorde en oppsummering for noen år tilbake der de fant ut at av over 5000 artikler som omhandlet jobbtildfredshet, var det bare knapt 30 som handlet om behandlere i sosial og omsorgsyrkene. De fant ingen publiserte artikler som omhandlet motivasjon hos behandlere i rusfeltet. Grafham, Maheson og Bond (2004) konkluderte i sin studie om sykepleieres motivasjon, beslutningstaking og kommunikasjon at det hadde vært lite forskning på sykepleierrollen i rusfeltet. Studier om hva som fremmer jobbmotivasjon hos behandlere, er helst knyttet til hvordan rekruttere og beholde slikt personell. Det er gjort studier som har fokus på det individuelle og det organisatoriske. Alle disse studiene om å rekruttere og beholde personell sier i og for seg noe om motivasjonen for å slutte seg til eller fortsette å jobbe i rusfeltet. Disse studiene anses derfor relevant for min problemstilling. Sammenhengen mellom jobbtildfredshet og turnover har vært diskutert i litteraturen. Flere studier har funnet holdepunkt for at det er en sammenheng mellom jobbtildfredshet og intensjonen om å bli (Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad og Hamilton, 2007; Borda & Norman, 1997).

Avslutningsvis tas det med noen studier om jobbtilfredshet og motivasjon blant behandlere generelt, men som ikke er knyttet til rusfeltet spesielt.

Evans & Hohenshil (1997) fant i sin studie at behandlere innen rusfeltet var mest fornøyde med muligheten til å hjelpe andre. Det de var minst fornøyde med var muligheten til avansement. De fant også at tilfredshet kunne forutsis avhengig av tilgjengeligheten på veiledning og dens kvalitet. Dette funnet underbygges av konklusjonen fra en liten australsk studie hvor det pekes på at behandlere som jobber med rusbehandling savner relevant opplæring (Grootjans, Hunt, Cresswell og Robinson, 2006). En studie fra Tyrkia sier noe om hvor viktig det er at sykepleiere som jobber i psykiatrien får uttrykke følelser, blant annet sinne, for å kunne beholde motivasjonen (Engin & Cam, 2006). Felles for alle disse tre studiene om motivasjon hos behandlere i rusfeltet, er fokuset på behovet for veiledning og opplæring.

Grootjans et al (2006) retter særlig fokus på relevant opplæring. Det samme gjør Lazaridis (2003), hun mener folk blir ”kastet” ut i disse jobbene uten mer bakgrunn enn sin egen yrkesutdanning, uten å ha fått systematisk basiskunnskap med på veien (Lazaridis, 2003, s.24). Lazaridis (2003) sier dårlige behandlingsresultater ofte blir forklart med egenskaper ved brukerne, men spør om det like gjerne kan være forhold ved behandlerne som er problemet. Når behandleren er redd og usikker er det som oftest på grunn av manglende kompetanse. Dette skaper forvirring, dårlig selvbilde og skyldfølelse. Behandleren opplever brist i den profesjonelle yrkesidentiteten (Jenner & Segraeus, 1989).

Som nevnt innledningsvis er det de senere årene gjort en del studier på hvordan rekruttere og beholde personell i rusfeltet. Flere studier peker på behandlernes genuine interesse for fagfeltet som gjør at de søker seg dit (Grafham et al, 2004). De har et dypt engasjement for pasientgruppen og for å hjelpe pasientene med deres problemer, viser en amerikansk undersøkelse som ser på hvorfor behandlere begynner å jobbe i rusfeltet (Naadac, 2003). De sier at de er mest fornøyd med utøvelsen av selve arbeidsoppgaven og arbeidsmiljøet, og minst fornøyd med lønn og

arbeidsmengden (Naadac, 2003). Tilfredshet er nødvendig for at sykepleiere skal bli i jobben kommer det fram i en studie av Shaver & Lacey (2003).

I andre studier blir organisasjonsmessige tiltak pekt på som viktig for å rekruttere og beholde personell. Knudsen et al (2003) viser til sammenhengen mellom administrativ ledelse, organisasjonsengasjement og turnover blant behandlere innen rusbehandling. De peker på at økt selvstendighet for behandlere, belønning for god innsats og etablering av et arbeidsmiljø som støtter kreativitet og fornyelse vil minske sjansen for at noen slutter (Knudsen et al, 2003). I en studie som så på turnover og utbrenthet i et behandlingsmiljø kalt Terapeutisk Samfunn, (Knudsen, Ducharme og Roman, 2006) konkluderes det med at både turnover og utbrenthet var større ved sentralisert myndighetsutøvelse. Studien peker på at funnene kanskje også er gyldige innen andre behandlingsformer for rusbehandling. Også i studien til Grafham et al, (2004) trekkes ryddighet i beslutningsprosesser fram som et viktig element når det gjelder samarbeid mellom sykepleiere og andre helseprofesjoner. En godt fungerende organisasjon utmerker seg ved å ha en tydelig fordeling av ansvars- og beslutningsfunksjoner, klarhet i strukturen samt høyt interaksjonsnivå mellom behandler og klient (Fridell, 1996).

McNulty, Oser, Johnson, Knudsen og Roman (2007) hevder at tidligere forskning har sett på turnover innen rusbehandling som en individuell handling hvor årsakene forklares utfra personen selv og karakteristikker ved jobben. Studier på individuelt nivå har ført til økt forståelse av forholdet mellom arbeidsbetingelser og turnover. De mener innsikten ville øke ytterligere ved å se på turnover som et kollektivt fenomen som integrer flere teoretiske strømninger, som inkluderer utøvelse av ledelse, organisasjonsstruktur, sammensetningen av personalgruppen og klientgruppen. Studien bekreftet at turnover påvirkes av forholdet mellom behandler og leder, sammensetningen av personalgruppen, arbeidsforholdene og typen klientell. Det påpekes at ledelsespraksisen kanskje er den faktoren som er lettest å påvirke. Her fremheves spesielt deltagende ledelse hvor organisasjonsengasjement fremmes.

Sosial samhandling på arbeidsplassen stadfester og styrker felles oppfattelse av organisasjonens legitimitet og fokus på arbeidsoppgaven skjerpes.

Det finnes en del studier som ser på motivasjon og tilfredshet hos behandlere og konsulenter som jobber med mennesker generelt. Holm (2007) gjorde en undersøkelse av hvilke faktorer i arbeidsmiljøet som har betydning for sosialarbeideres tilfredshet og motivasjon. Hun fant at høye krav gir mindre tilfredshet og motivasjon, mens høy grad av autonomi og sosial støtte fremmet tilfredshet og motivasjon (Holm, 2007). Szymanski & Parker (1995) gjorde en utforskende studie på jobbmotivasjon, jobbutøvelse og jobbtildfredshet når det gjaldt rehabiliteringskonsulenter. De fant signifikant forhold mellom jobbmotivasjon, jobbutøvelse og jobbtildfredshet. De som sluttet seg til firmaet av bekvemmelighetshensyn for å oppnå sikkerhet, lønn og andre fordeler hadde dårligst jobbutførelse. Konsulenter som fortsatte i firmaet på grunn av autonomi, utfordringer og jobbens egenart var mest tilfreds. Og det var lite sannsynlig at disse ville vurdere å slutte.

3.2 Oppsummering i henhold til Herzbergs tofaktorteori

For å summere opp litteraturgjennomgangen forsøkes studiene å kategoriseres i henholdsvis hygiene- og motivasjonsfaktorer. Når behandlere søker rusfeltet på grunn av dyp interesse for pasientgruppen (Grafham et al, 2004; Naadac, 2003; Evand & Hohenshil, 1997) så er det arbeidet i seg selv som er motivasjonsfaktor. Økt selvstendighet blir pekt på som viktig i flere studier (Holm, 2007; Knudsen et al, 2003; Knudsen et al, 2006). Ansvar for eget arbeid er dermed motivasjonsfaktor. Mulighet for avansement (Evans & Hohenshil, 1997) er klart en motivasjonsfaktor. Tilfredshet blir pekt på som viktig motivasjonsfaktor (Shaver & Lacey, 2003).

Behov for sosial støtte (Holm, 2007), mulighet for å kunne uttrykke følelser (Engin og Cam, 2006) og behov for et godt arbeidsmiljø (Naadac, 2003) blir sett på som viktig for å beholde motivasjonen. Alle tre studiene sier noe om mellommenneskelige

forhold og ville muligens bli kategorisert som hygienefaktorer. Kompensasjon for god innsats (Knudsen et al, 2003) er i utgangspunktet en hygienefaktor. I den grad kompensasjon for god innsats kan betraktes som en anerkjennelse for godt utført arbeid, så kan den vurderes som en motivasjonsfaktor. Lønn slik den omtales i Naadac (2003) betraktes som hygienefaktor. Arbeidsmengde (Naadac, 2003) ligger nært opp til arbeidsforhold, og er dermed en hygienefaktor. I medhold av Herzberg er ledelse å betrakte som en hygienefaktor, der lederen først og fremst er en administrator som fordeler arbeid og sier hvordan oppgaven skal gjøres. Knudsen et al (2003) har trolig brukt ledelse i en noe videre betydning av ordet. Klarhet i ansvars- og beslutningsfunksjonen (Fridell, 1996; Grafham, 2004) har med administrasjon og ledelse å gjøre, og hører til blant hygienefaktorene.

En studie peker på behovet for et miljø som støtter kreativitet og fornyelse (Knudsen et al, 2003), her kan det være tvil om plassering. Ut fra at behov for kreativitet og fornying indikerer behov for vekst og utvikling, så vil fenomenet passe best som motivasjonsfaktor. Men ved å se behovet som arbeidsmiljørelatert, blir en plassering som hygienefaktor det mest riktige. Når behandlere opplever behov for veiledning og opplæring som viktig (Evans & Hohenshil, 1997; Grootjans et al, 2006; Lazaridis, 2003), så er det rimelig å anta at behovet for vekst er underliggende. Behov for vekst er en motivasjonsfaktor. Men Herzberg plasserer veiledning blant hygienefaktorene.

4. Metode

Dette kapittelet inneholder en redegjørelse for metodologien som er benyttet i studien. Først presenteres design og metode, deretter utvalget. Det gjøres rede for metode for datainnsamling og dataanalyse. Til slutt gis det en vurdering av studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, samt etiske overveielser.

4.1 Design og metode

Studiens fokus er å kartlegge faktorer som gjør behandlere i langtidsrusbehandling motiverte. Studien har en utforskende design.

Det finnes mange studier, både norske og internasjonale, som omhandler jobbmotivasjon. Men det finnes så vidt jeg vet, ingen norske og få utenlandske studier som undersøker motivasjonsfaktorer hos behandler i langtidsrusbehandling. Brink (1998) hevder at utforskende design i hovedsak brukes til å oppdage et problem, eller til å definere et problem, men at designet også kan brukes dersom problemet er oppdaget, men at litteraturen på området er mangelfull.

Selv om litteraturen er svært rikholdig på området motivasjon, er det lite kjent hvordan behandlere beholder motivasjonen. Fagfeltet langtidsrusbehandling er såpass spesielt at det kan tenkes at faktorer som kommer frem gjennom ustrukturert datasamling, ikke ville kommet frem gjennom en strukturert datasamling, som for eksempel ved bruk av et etablert spørreskjema om jobbmotivasjon. Rusbehandling er et nytt fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten (Rundskriv I-8/2004). Fagfeltet er i utvikling og framstår uensartet blant annet fordi de statlige retningslinjene ennå ikke er på plass (Behandling av rusavhengighet, 2008). Blant annet finnes det ingen felles definisjon av ”behandling” og ”behandler” (Lazaridis 2003). Det kunne derfor by på problemer å rekruttere mange nok deltakere til en survey.

Utforskende design er preget av oppdagelse og fleksibilitet. Forskeren vet ikke helt hva han vil finne (Nord, 1998). Forskeren har mulighet til å utvikle prosjektet underveis for å skaffe ny innsikt i hva som gjør behandlere i langtidsrusbehandling motiverte.

Brink (1998) påpeker at en svakhet ved utforskende design er manglende muligheter til replikasjon. Ingen forsker kan vende tilbake til de samme respondentene, spørre de samme spørsmålene og få de samme svarene. Respondentene vil få ny erfaring og forandre mening og oppfatninger etter det. Men det betyr ikke at den kunnskapen som fremkommer gjennom utforskende design er mindre verdifull enn mer generaliserbar kunnskap (Nord, 1998). Hensikten med studien er ikke å generalisere, men snarere å utforske hva som gjør behandlere motiverte for å jobbe med langtidsrusbehandling.

Forskningsspørsmålet er knyttet til behandleres opplevelser og deres virkelighet slik de ser den, og det kan best oppnås ved kvalitativ metode (Polit og Beck, 2004, s.57). Innsamlingen av data vil skje gjennom dybdeintervju og data vil være av ustrukturert karakter.

4.2 Utvalg

I kvalitativ forskning brukes ofte hensiktsmessig utvalg (Polit og Beck, 2004, s. 312). Det var viktig at deltakerne hadde erfaring fra fagfeltet som studien omhandler. Det vil si at de hadde omfattende erfaring fra langtidsrusbehandling og jobbet med individuell behandling. I tillegg var det ønskelig med god spredning i utvalget med tanke på alder, kjønn, utdanning, erfaringsbakgrunn og erfaringslengde. Muligheten for å få grundig belyst et fenomen er størst når utvalget er mangfoldig (Polit og Beck, 2004, s. 312). Det kunne vært ønskelig å gjøre spredningen større ved å intervju ved flere institusjoner. Intervjueren kunne ikke søke respondenter på egen arbeidsplass, da jeg innehar en lederstilling der. Men med de ressursene som var til rådighet, så ble utvalget ansett som tilstrekkelig. Utvalgsstørrelsen i kvalitativ forskning er som regel

lite (Polit og Beck, 2004, s. 308). Dette er særlig aktuelt i utforskende design fordi det gir forskeren mulighet til å gå i dybden i beskrivelsene til hver enkelt informant (Nord, 1998).

Inklusjonskriteriene var følgende: Person med minimum treårig høyskoleutdanning, har behandling som sin hovedoppgave og har behandlingsansvar for en eller flere pasienter. Eksklusjonskriteriet: person som har en funksjon som dekker en hel avdeling, for eksempel sykepleier som har ansvaret for medikamentutdeling til en hel avdeling.

4.2.1 Tilgang til forskningsfeltet

En middels stor institusjon på Østlandet ble spurt om de kunne være interessert i å delta i studien. Institusjonen ble valgt fordi den er kjent for kvalitet og for at den lå innen passe kjøreavstand. Ledelsen ved institusjonen ble kontaktet pr telefon ledsaget av et informasjonsbrev om studien. Etter kort tid ble det bekreftet fra institusjonen at jeg var velkommen til å foreta innsamling av data der. Det ble da klart at for å finne respondenter som passet med inklusjonskriteriene, måtte respondenten rekrutteres fra en familieavdeling. Dette oppfattes som en fordel i forhold til studiens hensikt, da utfordringene nok er minst like store der som på en ordinær avdeling med enkeltvis innlagde. Informasjonsskriv ble sendt aktuelle respondenter der hensikten med studien ble klargjort, og de ble forespurt om de ville la seg intervju om temaet. Det ble opplyst om studiested og ansvarlig veileder. Det ble også informert om at alle data ville bli behandlet konfidensielt, at data ville bli oppbevart på et trygt sted og at de ville bli slettet når sensur falt. Det ble også presisert at det var frivillig å delta, og at de som sa ”ja” til å la seg intervju kunne trekke seg når som helst i prosessen uten noen grunn. Jeg besøkte avdelingen og gjorde avtale med hver enkelt som ønsket å delta. Informert samtykke ble da gjennomgått og underskrevet.

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Studien ble vurdert til ikke å måtte innom Regional Etisk Komite (REK).

4.3 Datainnsamling

Et utforskende intervju er åpent og har minimalt med struktur.

Kvalitative intervju gir en anselig mengde data. Forskeren må stille spørsmål slik at han unngår å ende opp med en uhåndterlig mengde data. Spørsmålet i intervjuguiden må reflektere det forskeren har til hensikt å få vite noe om (Kvale, 1997, s. 76).

Spørsmålene i kvalitativt intervju kan være både åpne og styrende. Med ledende spørsmål menes å styre respondenten inn på bestemte emner. Kvale (1997, s. 98) mener at det viktigste er ikke hvorvidt intervjueren skal lede eller ikke, men hvor intervju spørsmålene skal lede, om de leder i den retning som vil gi ny og troverdig kunnskap. Med ledende spørsmål menes altså ikke spørsmål som bevisst påvirker svaret.

4.3.1 Intervjuguiden

Aktuell litteratur fra litteraturgjennomgangen dannet bakgrunnen for utarbeiding av intervjuguiden. Et godt intervju spørsmål skal bidra tematisk til å produsere kunnskap, og dynamisk med å skape en god intervjuinteraksjon (Kvale, 1997, s. 77). Jeg fant det nyttig å lage to intervjuguider, hvorav en inneholdt de viktigste tematiske forskningsspørsmålene og en inneholdt temas spørsmålene som skulle stilles respondenten. Målet var å få fram spontane beskrivelser fra respondentene, og ikke deres egne mer eller mindre overveide svar (Kvale, 1997, s. 78).

Det var ønskelig å gå bredt ut i forhold til temaet, så alle respondentene fikk følgende åpningsspørsmål: "Kan du fortelle om en god dag på jobben?". Respondentene hadde ulik tilnærming til spørsmålet. Intervjueren stilte oppfølgingsspørsmål relatert til det respondenten fortalte. Da respondentene hadde ulike svar, ble også oppfølgingen forskjellig. Utforskende design åpner nettopp for dette, at intervjuene blir helt forskjellige, da hensikten er å søke dypere innsikt i det den enkelte forteller. Intervjueren følger opp svarene og søker ny informasjon og nye innfallsvinkler til temaet (Kvale, 1997, s. 79).

I likhet med metoden Grounded Theory, så ble innsikt ervervet i det ene intervjuet benyttet i det neste. I den forstand at ny innsikt ga mulighet til å stille nye spørsmål for på den måten å få enda dypere kjennskap til det respondentene fortalte. Dette til forskjell fra en mer fenomenologisk tilnærming, der hvert intervju blir stående for seg.

Respondentene fikk et åpent spørsmål til, der de ble bedt om å beskrive en god situasjon. Oppfølgingsspørsmål ble stilt på samme måte som ovenfor.

I den grad respondenten selv ikke kom inn på temaene i intervjuguiden, ble de spurt i forhold til temaene. Temaene var som følger:

- Arbeidet i seg selv
- Prestasjoner/resultater
- Krav
- Ansvar/autonomi
- Vekst/faglig utvikling
- Mellommenneskelige forhold
- Ledelse/tilbakemeldinger/anerkjennelse
- Tilhørighet/trygghet
- Arbeidsbetingelser
- Glede ved jobben

Kvale (1997, s. 79) påpeker viktigheten av at intervjueren har tenkt gjennom hele fasen rundt analysering, verifisering og rapportering, slik at intervjueren under intervjuet kan forsøke å klargjøre meninger som er relevante for studien, fjerne tvetydigheter i svarene og dermed skape en mer pålitelig utgangspunkt for senere analyse.

4.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Alle åtte intervjuene ble samlet i løpet av en uke. Hvert intervju tok fra vel en til drøye halvannen time. Intervjuene ble foretatt på et egnet kontor på respondentenes arbeidsplass. Kontoret lå skjermet fra støy og forstyrrelser.

Intervjupersonene bør gis en kontekst for intervjuet gjennom informasjon både før ”Briefing” og etter ”Debriefing” selve intervjuet (Kvale, 1997, s. 75). De første minuttene informerte jeg om formålet med intervjuet og om bruken av kassettspilleren. Og jeg spurte om respondenten hadde noe spørsmål. Før vi startet fylte respondentene ut skjema om demografiske data.

Det er viktig å vise interesse, forståelse og respekt (Kvale, 1997, s. 75). Jeg følte atmosfæren var svært god under intervjuene. Respondentene var positive og åpne. De fortalte villig om sine erfaringer fra langtidsrusbehandling. Det ble lagt vekt på at respondentene snakket fritt om sine opplevelser. Jeg kom inn med spørsmål når det falt naturlig, slik at de ikke følte seg avbrutt. Jeg stilte både oppfølgingsspørsmål til det de fortalte, spørsmål knyttet til intervjuguiden og spørsmål jeg hadde notert fra forrige intervju. Intervjuet foregikk ikke i kronologisk rekkefølge etter intervjuguiden. På denne måten fikk respondentene fortelle hva de så som mest viktig.

Intervjuet ble som regel avrundet med at jeg sa jeg ikke hadde flere spørsmål og spurte om de hadde noen. Så ble kassettspilleren slått av. Jeg noterte stikkord underveis, både for å kunne stille oppfølgingsspørsmål og for å kunne ta med ideer til neste intervju. Etter hvert intervju noterte jeg ned noen umiddelbare inntrykk.

Jeg opplevde stor variasjon i forhold til behov for bruk av intervjuguiden. Mange fortalte fritt om sine opplevelser, mens andre måtte hjelpes med spørsmål. Men i de fleste tilfellene var det behov fra spørsmål fra guiden for å komme innom alle de aktuelle temaene.

4.3.3 Transkribering

Transkribering er å overføre muntlig tale til skriftlig tekst. Dette er nødvendig for å klargjøre materialet for analyse (Kvale, 1997, s. 105).

Intervjutekstene ble transkribert i sin helhet. Transkriberingen er en tidkrevende og møysommelig prosess. Av praktiske årsaker ble transkriberingen foretatt etter at alle intervjuene var ferdige.

Mengden som skal transkriberes og transkripsjonens form er avhengig av formålet med undersøkelsen (Kvale, 1997, s. 105). I min studie ble teksten skrevet så nøyaktig ned som det var mulig. Også små uttrykk som ”hmm...” og ”huff” kom med.

Transkripsjon er ikke en gjengivelse av en realitet, men er abstraksjon. Det vil alltid være rom for tolking, for eksempel kan det være tvil om hvordan tegnsettingen skal være. Det var dessuten noen forstyrrelser på båndet som gjorde noen gjengivelser upresise. Det ble også noen ufullstendige setninger i transkripsjonen siden det er muntlig språk som skrives ned. Det som ikke ga mening ble det sett bort fra i analysen.

Der analysen skal ha en form som kategoriserer og fortetter betydningen av det som blir sagt, kan det være ønskelig å foreta en enkel redigering av transkripsjonen (Kvale, 1997, s. 107). Jeg var ute etter å finne kategorier, likevel ble ikke transkripsjonen redigert. Jeg ville i størst mulig grad forholde meg til respondentens ”stemme” i analysen. Lojaliteten overfor det respondenten fortalte var viktig. Jeg ønsket i størst mulig grad å forholde meg til rådata, slik det ble uttalt av respondentene. Likevel så jeg at de små ordene ”hm” og lignende ikke hadde noen betydning for min analyse. Jeg var primært ute etter respondentenes synspunkter. De små ordene har kanskje større betydning i en studie der psykologiske sider skal dybdeanalyseres.

Jeg fant det nyttig å lytte til båndene flere ganger for på den måten å komme på innsiden av datamaterialet. Jeg opplevde avspillingen av båndene som enda nærmere

realiteten enn transkripsjonene. Respondentenes svar kommer tydeligere fram, blant annet på grunn av dialekt og andre kjennetegn ved personen.

4.3.4 Etiske overveielser

Gjennomføringen av studien er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Etiske avgjørelser må foretas under hele forskningsprosessen (Kvale, 1997, s. 66-70). Kvale (1997) omtaler tre etiske regler for forskning på mennesker: det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Respondentene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. I informasjonen ble studiens hensikt klarlagt. Jeg fortalte litt om min bakgrunn og hvorfor jeg hadde valgt problemstillingen. Jeg informerte om rammen rundt intervjuet og at samtalen ville bli tatt opp på bånd. Svarene ville bli anonymisert og nedskrevet. Alt materialet vil bli tilintetgjort når studien er ferdig. De som valgte å delta har alle skrevet under på et skriftlig informert samtykke. Respondentene var skriftlig og muntlig informert om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Deltakerne ble anonymisert, navn ble erstattet med bokstavene fra a til h. Koblingen mellom navn og bokstav ble slettet. Lydbåndene samt det transkriberte materialet blir oppbevart innelåst i et skap i mitt hjem.

Lydbåndene og det transkriberte materialet vil bli slettet når oppgaven er ferdig sensurert.

I forhold til presentasjonen av resultatet vil anonymitet både i forhold til respondentene og institusjonen tilstrebes. Jeg vil benytte en del direkte sitat i presentasjonen av funn. Jeg vil sørge for å anonymisere så mye som mulig uten at det svekker helhetsforståelsen av prosjektet. I tvilstilfeller vil hensynet til personvernet veie tyngst. I informasjonsskrivet står det at det er ingen risiko knyttet til deltagelse i studien. For eksempel vil ikke det respondentene sier komme arbeidsgiver for øret.

Intervjuets preg av personlig nærhet setter krav til intervjuerens følsomhet for hvor nærgående spørsmål som skal stilles. Respondenten kan oppleve det positivt å bli lyttet til. Men den intime intervjusituasjonen kan også føre til at respondenten sier ting de senere angrrer på. Det settes derfor store krav til intervjueren, at intervjueren har følsomhet for moralske problemer og moralske handlinger (Kvale, 1997, s. 69). I min studie forløp samtalene stort sett lett og uanstrengt. Noen syntes det var vanskeligere enn andre å snakke om temaet. Jeg prøvde da å ikke presse på, men heller være en interessert lytter. Jeg opplevde dilemmaet mellom iveren etter å få vite mest mulig om temaet og samtidig være var for den enkeltes grense. Temaet kan virke "ufarlig", men ved å fortelle om hva som gjør en motivert på jobb så kan det være naturlig å komme inn på informasjon som oppfattes av den enkelte som sensitivt.

4.4 Dataanalyse

Det er utfordrende å analysere kvalitative data. Det finnes ingen universelle regler for analysering og presentasjon av kvalitative data. Det er vanlig at datamaterialet er omfangsrikt og materialet må derfor organiseres slik at det kan komme noe meningsfullt ut av det. Data må reduseres for å kunne presenteres, og forskeren må finne balansen mellom konsise og fyldige beskrivelser (Polit&Beck, 2004, s. 571).

Det finnes svært mange forskjellige analysestrategier. Miller og Crabtree (1999) har identifisert tre hovedretninger hvor "Editing analysis style" trolig er den retning som ligger nærmest den analyseformen jeg har valgt. Meningsfulle enheter identifiseres i teksten, disse danner grunnlaget for utvikling av kategoriseringsskjema som brukes til å reorganisere teksten, slik at meningsinnholdet kommer tydelig fram (Polit & Beck, 2004, s. 571).

De fleste analyseformene av kvalitative data bygger på prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering. Dekontekstualisering handler om å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. I rekontekstualisering skal det sørges for at

det som ble funnet under dekontekstualiseringen fortsatt stemmer overens med den sammenhengen det ble hentet ut fra (Malterud, 2003).

Sentralt i kvalitativ analyse er utvikling av kategoriseringsskjema. Sentrale tema identifiseres. Forskningsspørsmålet vil være avgjørende for hva som er sentrale tema i studien. Sentrale tema organiseres ved å klassifisere og indeksere. Datamaterialet kodes mot de respektive kategoriene i skjema. Deretter sys de tematiske bitene sammen igjen, som en integrert helhet. De ulike temaene relateres til hverandre for å vise en overordnet struktur i forhold til data, enten i form av en beskrivelse eller teori. Forskeren kan si noe generelt om fenomenet som studeres og deltakerne.

Teoretisering medfører en systematisk sortering av data. Teoretiseringen fortsetter til den beste forklaringen er oppnådd. Til sist må det gjøres en vurdering om det som er funnet kan være anvendbart i forhold til andre grupper og settinger (Polit og Beck, 2004, s. 572).

Den generelle analytiske prosedyre som nettopp er beskrevet gir en oversikt over hvordan forskere finner mening i data (Polit & Beck, 2004, 572). Forskeres ulike målsetning og filosofi har ført til variasjon i analysestrategier. Det finnes flere varianter av kvalitativ analyse, deriblant Grounded Theory, fenomenologisk analyse og analyse av etnografiske data, i tillegg til en mer eklektisk tilnærming.

I min analyse av kvalitative data valgte jeg en eklektisk tilnærming. Jeg tok utgangspunkt i den generelle kvalitative analysen (Polit & Beck, 2004, s. 571). I tillegg ble elementer fra metoden til Glaser og Strauss' Grounded Theory (Polit & Beck, 2004, s. 581) benyttet, heretter kalt G.T. G.T. forbindes med symbolsk interaksjonisme og metoden er utformet for å generere teori fra empiriske data. Jeg hadde til hensikt å bruke deler av metoden i forbindelse med analyseprosessen. I metoden G.T. kan forskeren involvere seg i forskningssubjektenes verden og får innsikt i deres perspektiv og sosiale prosesser dem imellom (Nord, 1998). Studiens hensikt er nettopp å beskrive hva som fremmer motivasjon blant behandlere, blant annet gjennom sosiale prosesser.

I analysen ble analytiske trinn fra G.T. benyttet uten å bruke symbolsk interaksjonisme. Dette gjøres med støtte i Strauss & Corbin (1990) som selv med referanse til G.T., ikke betegner symbolsk interaksjonisme som overordnet de analytiske trinnene.

I min analyse har valgte jeg en tverrgående analyse som sammenfatter informasjon fra mange forskjellige informanter.

4.4.1 Bli kjent med data

Proessen startet med å lese nøye gjennom materialet flere ganger. Hensikten er å lete etter mening og dypere innsikt i hva materialet handler om. Denne tilnærmingen til datamaterialet finner vi igjen hos flere av retningene innen kvalitativ forskning.

Giorgi (1985), Malterud (2003) og Polit & Beck (2004).

4.4.2 Kategorisering

Polit & Beck (2004, s. 573) beskriver utviklingen av kategorier og kategoriseringsskjema. Jeg planla å bruke elementer fra G.T. i prosessen med å utvikle kategorier. Glaser og Strauss' Grounded Theory (1967) skisserer en prosess de kaller åpen koding. Data brytes ned i mindre enheter og deres likheter og forskjeller undersøkes. Forskeren må spørre seg: Hva er dette? Hva skjer? Hva betyr det? Hva ligner på dette? Hva er forskjellig fra dette? Kategorier utvikles ved en konstant sammenligning av data. Denne sammenligningen startet allerede under intervjuene. Data samlet i ett intervju sammenlignes med data fra et annet intervju. Intervjuene leses etter hverandre, horisontalt, i leting etter likheter. Samtidig leses hvert intervju grundig, vertikalt. Handler noe om det samme temaet? Ved å sammenligne karakteristikk ved en del av datamaterialet med karakteristikk av andre deler av materialet, vil likheter utkrystallisere seg. Dersom data passer sammen, kan de plasseres i samme kategori. På denne måten sorteres og reduseres data. Åpen koding kan forgå på tre ulike nivå, avhengig av abstraksjonsgraden. Nivå 1 koder er avledet direkte fra språket i intervjuet. Nivå 2 koder er gjerne en abstraksjon av flere koder. Nivå 3 koder, teoretiske koder, omtales senere. Åpen koding slutter når

kjerne kategorien er oppdaget. Kjerne kategorien sier noe om essensen i hele datamaterialet. Kjerne kategorien er mønster av adferd som er relevant for problemstillingen.

For å avgjøre om en kategori er en kjerne kategori har Glaser (1978, s. 95-96) laget en liste over 9 kriterier som kjennetegner en kjerne kategori. Kjerne kategorien er sentral i studien, den er relatert til mange kategorier, den fremkommer ofte i datamaterialet og den relateres lett til andre kategorier blant annet.

4.4.3 Koding

I neste trinn ble også ideer fra G.T. fulgt, hvor det ble foretatt en selektiv koding. Selektiv koding går ut på å kode bare de data som er relevante for kjerne kategorien. Både åpne koder og selektive koder kalles substansielle koder. Datamaterialet ville nå være forandret til bare å omfatte kjernevariabler med tilhørende selektive koder.

4.4.4 Resultat

For å sette sammen bitene igjen skisserer G.T. teoretiske koder, som kan hjelpe forskeren å bestemme hvordan de substansielle kodene relaterer seg til hverandre. Det presenteres 18 ulike familier av teoretiske koder (Polit & Beck, 2004, s. 581). Målet er ikke alltid å oppdage en ny kategori eller forkaste en allerede eksisterende, men like gjerne å utvikle en uforutsett forbindelse mellom data og en allerede eksisterende kategori. Funn i min studie ble dermed denne forbindelsen mellom data og kategorier, som forhåpentlig kan gi ny innsikt i hva som fremmer motivasjon hos behandlere i rusfeltet.

Gjennom hele prosessen med koding og analyse ble ideer om data, tema, nye konstellasjoner dokumentert i en notisbok. Notatene ble brukt til å reflektere over mønstre i data, relasjoner mellom kategorier og konsept som dukker opp.

Min analyse skiller seg fra metoden G.T. hvor forskningsprosessen er sammenvevd uten noen klar sekvens, blant annet foregår datasamling og analyse samtidig. Bortsett fra sammenligningen som ble gjort under intervjuene, så foregikk i hovedsak min

analyse i etterkant av datasamlingen. I metoden G.T. går gjerne flere runder for å utkrystallisere funn, med nye intervjurunder og gjerne med nye utvalg. Jeg foretok en intervjurunde med ett utvalg. Målet for metoden G.T. er å utvikle ny teori (Nord, 1998). Studiens hensikt er å beskrive faktorer som gjør behandlere i rusbehandling motiverte.

4.5 Studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet utgjør gyldighetskriteriet i vitenskapelig forskning (Polit & Beck 2004). Reliabilitet sier noe om reproduserbarheten av studien og er et mål på hvor pålitelig funnene i studien er. Validitet sier noe om i hvilken grad måleinstrumentet måler det som er tenkt å måle. Validiteten avhenger av i hvilken grad dataene er relevante for problemstillingen. Generaliserbarhet referer til hvor vidt funnene er gyldige i andre situasjoner. Disse kriteriene ble utarbeidet med utgangspunkt i kvantitativ forskning og det hersker uenighet om disse begrepene kan overføres til kvalitativ forskning. Lincoln & Guba (1985) mener det kreves andre uttrykk for å fange opp det som er spesielt for kvalitativ språkbruk og tenkning og foretrekker begreper som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Lund (2005) tar til ordet for å bruke samme slags gyldighetskriterier både innen kvalitativ og kvantitativ forskning. Han peker blant annet på hvor uhensiktsmessig det er å ha forskjellige kriterier når triangulering brukes som metode. Kvale (1997, s. 160) avviser ikke begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, men rekonseptualiserer dem slik at de fremstår relevante for intervjuforskning. Jeg har valgt å benytte begrepene slik Kvale definerer disse når gyldigheten av studien skal vurderes.

4.5.1 Studiens reliabilitet

Studios reliabilitet referer til hvor pålitelige resultatene er. En svakhet ved utforskende design er mangelen på reproduserbarhet. Ingen forsker kan gå tilbake til det samme utvalget, spørre de samme spørsmålene og få det samme svaret. Personene

forandrer mening, tro og posisjon som et resultat av ny erfaring. En annen forsker kan heller ikke stille de samme spørsmålene til det samme utvalget og få det samme resultatet fordi forskere er selektive i hva de observerer og hva de rapporterer (Brink, 1998).

Et annet problem kan være forskerens mangel på presisjon i datasamling og analyse. Forskeren skal være kreativ og fleksibel, noe som kan gå på bekostning av nøyaktighet (Brink, 1998). Kvale (1997, s. 164) på sin side påpeker at en for sterk fokusering på reliabilitet kan motvirke kreativitet og variasjon.

Kvale (1997, s. 164) drøfter studiens reliabilitet opp mot intervju, transkripsjon og analysestadiene. Han knytter reliabilitet opp mot hvor pålitelig instrumentet er, det vil si intervjueren.

Under intervjuene i denne studien er reliabiliteten forsøkt ivaretatt ved å bruke alternative spørsmål, det vil si spørre om det samme på forskjellige måter under intervjuet. På denne måten kan intervjueren være sikrere på å ha forstått respondenten rett (Brink, 1998). Jeg opplevde dette nyttig, da respondentene av og til kunne oppfattes som "ullne" i sine svar. Brink (1998) peker på at i utforskende design stiller ofte forskeren det samme spørsmålet på forskjellige måter for å finne ut om svarene som respondentene gir er de samme. Det forekom at jeg benyttet ledende spørsmål, for eksempel "Har jeg forstått deg riktig..." for å få bekreftet eller avkreftet min oppfatning av hva respondenten sa. I følge Kvale (1997, s. 97) styrker dette intervjuenes reliabilitet.

Det at intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert etterpå, er også med å sikre at data samsvarer med det respondentene faktisk sa.

Intersubjektiv reliabilitet, at flere lesere kan komme frem til samme resultatet når de analyserer et intervju, er ønskelig (Kvale, 1997, s. 164). Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er det vanskelig i utforskende studier blant annet fordi en del av analysen forekommer allerede under intervjuet. I stedet er det gitt en grundig presentasjon av trinnene i analyseprosessen, slik at leseren kan se hvordan resultatet

er utledet fra data. I kapitlene fire og fem er det vist hvordan data er samlet inn og analysert. Dette skal gjøre leseren bedre i stand til å vurdere forskningens verdi. Det er forsøkt å skille mellom empiriske data og min gjengivelse av disse.

Respondentenes svar vises ved illustrerende sitater. Hensikten er å presentere respondentens svar så lojalt som mulig.

4.5.2 Studiens validitet

Med validitet menes altså hvorvidt studien undersøker det den er ment å skulle undersøke. Kvale (1997, s. 168) sier at god validitet er avhengig av et godt forskningsmessig håndverk gjennom hele forskningsprosessen. Kvale (1997, s.168) peker på at kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som framkommer er viktige sider ved validering. I det følgende gis en gjennomgang av forskningsprosessen med tanke på validering av denne studien.

Det første stadiet i forskningsprosessen er tematisering. Kvale (1997, s. 170) sier at en studies gyldighet avhenger av hvor solid studiens teoretiske forutantakelse er, og av hvor logisk utledning fra teori til forskningsspørsmål er. Det finnes mange studier om motivasjon og jobbtilfredshet. Men få av disse handler om motivasjon blant behandlere i langtidsrusbehandling. Studiene som finnes, dreide seg stor sett om hvordan rekruttere og beholde behandlere innen rusbehandling. Rusfeltet er svært krevende, og det er ikke gitt at faktorer som fremmer motivasjon i lignende fagfelt ville være aktuelle her. Jeg mener derfor det er betimelig å undersøke nærmere hva som fremmer motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling. Aktuell litteratur om jobbmotivasjon og rusbehandling dannet bakteppe for utviklingen av problemstillingen.

Det neste stadiet er planlegging. Her må det vurderes om metode og utvalg fremmer studiens validitet. Det faktum at det er mye kunnskap om jobbmotivasjon skulle tilsi en kvantitativ tilnærming. Men siden det er gjort få studier om jobbmotivasjon blant behandlere i langtidsrusbehandling, og feltet anses å være svært spesielt, så er det sannsynlig at nye faktorer bedre kan avdekkes ved en kvalitativ tilnærming. Fagfeltet

er relativt nytt i den formen det har i dag, og det kunne by på vanskeligheter å rekruttere mange nok til en survey. Valget av utforskende design er krevende for en novise, siden forskerkontrollen er liten, men designet egner seg for å kunne oppdage nye sider ved et kjent fenomen (motivasjon). I ettertid kan det virke som valg av design og metode var riktig, siden materialet ble variert og rikholdig. Utvalget anses formålstjenlig. Respondentene fylte godt inklusjonskriteriene som var satt på forhånd. Alle respondenter hadde den etterspurte erfaringen, bortsett fra en som ikke hadde høyskolebakgrunn. Det viste seg at respondentene kunne gi meget utfyllende svar.

Det virker som respondentene kunne gi gyldige data på det de ble spurt om. Spørsmålene jeg stilte forsøkte å reflektere innholdet i problemstillingen. For eksempel ved å beskrive en god dag på jobben, kunne respondentene si noe om hva som gjorde de motiverte. Utforskende design åpner for flere intervjurunder. Dette lot seg ikke gjøre innenfor den rammen som var til disposisjon. Datamaterialet oppleves rikholdig som det var. Kvale (1997, s. 165) sier at validering knyttet til intervjuet har med intervjuets kvalitet å gjøre, blant annet grundig utspørring om meningen med det som blir sagt. Under intervjuene ba jeg respondentene komme med presiseringer og utdypninger, for på den måten å forsikre meg om at jeg forstod respondentene riktig. Jeg gjorde en gyldiggjøring i situasjonen ved å speile tilbake og ved å oppsummere det respondenten sa. Det var utfordrende hele tiden å gjøre en sammenligning av det respondentene sa, noe som ofte førte til nye spørsmål. Mellom hvert intervju gjorde jeg notater, og forberedte nye spørsmål med ideer fra det forrige intervjuet. Under intervjuet var det viktig å være både nær og distansert. Nær for å oppnå god kontakt, og distanse nok til å være analytisk.

I forkant av studien gjorde jeg noen prøveintervju på egen arbeidsplass. På den måten fikk jeg testet både meg selv som intervjuer og intervjuguiden. Dette kom til nytte da jeg forberedte og gjennomførte studien.

Når det gjelder analyse, så har validitet å gjøre med hvorvidt spørsmålene som stilles til intervjuteksten er gyldige og tolkningene er logiske (Kvale, 1997, s. 165).

Spørsmålene som stilles til teksten må være logiske i forhold til problemstillingen.

Forskeren må overveie relevante spørsmål på leting etter motivasjonsfaktorer i datamaterialet. Det er viktig å ha et kritisk syn på sine egne tolkinger. Jeg valgte en eklektisk tilnærming når det gjaldt analyse. Jeg brukte i hovedsak elementer fra kvalitativ analyse (Polit & Beck, 2004, s. 570) og elementer fra G.T (Glaser & Strauss, 1967). G.T. ble valgt fordi metoden egner seg for å involvere seg i respondentenes verden, og for å få innsikt i deres liv og sosiale prosesser seg imellom (Nord, 1998). Dette passet godt med studiens problemstilling. Brink (1998) advarer mot å blande ulike analysemetoder, men dersom det blir gjort, så er det viktig å beskrive analyseprosessen grundig. Det er gitt en detaljert beskrivelse av analyseprosessen i oppgaven. Analysen gikk i korte trekk ut på å sammenligne data fremkommet i intervjuene både i datasamlingsfasen og etterpå. Etter hvert utkrystalliserte hovedkategoriene seg. Disse danner grunnlaget for funn som gir noen svar på spørsmålet reist i problemstillingen.

Kvalitativ analyse er krevende fordi forskeren både skal være kreativ og nøyaktig. Dette er noe som særlig kommer til syne i utarbeidelsen av hovedkategorier. Kreativitet er nødvendig for å skape noe ”nytt” ut fra data, samtidig som kategoriene må være solid forankret i datamaterialet.

I rapporteringen er det viktig å gi en beskrivelse slik at leseren tror på forskeren (Kvale, 1997, s. 165). For eksempel kan riktig bruk av sitater styrke troverdigheten, noe som jeg har forsøkt å etterleve.

Kvale (1997, s. 170- 176) fremhever også betydningen av kommunikativ og pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet innebærer å overprøve kunnskapskrav i en dialog. Forskeren kan presenterer forskningsresultater og få respons tilbake. På den måten kan forskeren få prøvd ut argumentene sine. I en dialog vil argumenter om et utsagns sannhet eller usannhet bli satt opp mot hverandre. I diskusjonen vil det beste argumentet vinne. Hensikten med diskusjonen er å skape konsensus om sann kunnskap. Legitime deltakere i en diskusjon om sann kunnskap kan være deltakere fra de som er intervjuet, fra allmennheten eller fra fagmiljøet. Min studie har ikke vært gjenstand for kommunikativ validering ennå. Men et par institusjoner innen

fagfeltet er interessert i studien og ønsker å få den presentert. Om studien blir god nok, ønsker jeg å lage en artikkel. Både presentasjonen og artikkelen kan fungere som ledd i kommunikativ validering. Pragmatisk validitet innebærer at kunnskapen ledsages av handling eller at den bidrar til en handlingsendring. Det er å håpe at funn om hva som fremmer motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling kan komme til nytte. For eksempel at kunnskapen kan anvendes når organisering og ledelse av langtidsbehandling planlegges, og for å fremme personalmessige tiltak innen fagfeltet.

Konklusjon

Validitetsbedømmelse er krevende. Ut fra gjennomgangen overfor mener jeg å kunne konkludere med at studien sier noe om det den er ment å skulle si noe om. Validitet er forsøkt etterlevd i alle fasene av prosessen. Det kan diskuteres om studien burde vært vurdert etter andre validitetskriterier, blant annet har G.T. egne kriterier for validering. Siden det bare er brukt elementer fra G.T. i analysen, valgte jeg å bruke mer generelle tilnærming.

4.5.3 Studiens generaliserbarhet

Studiens generaliserbarhet handler om hvorvidt resultatene kan overføres til andre lignende situasjoner og utvalg. Hensikten med en utforskende studie er ikke å finne generaliserbar kunnskap.

Innenfor den positivistiske tradisjonen var målet å finne lover om menneskelig adferd som kunne generaliseres og gjøres allment gjeldende (Kvale, 1997, s. 160). I et humanistisk syn ble hver enkelt situasjon sett på som spesiell og dermed lite generaliserbar. Innenfor postmodernismen erstattes troen på både universell kunnskap og det individuelle med troen på kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet (Kvale, 1997, s. 161). Det betyr en endring fra generalisering til kontekstualisering. Det er denne meningen med begrepet som legges til grunn når studien vurderes i forhold til generaliserbarhet. Om studiens funn er relevante for andre, vil avhenge av

konteksten den skal brukes i. Kvale (1997, s. 161) nevner analytisk generalisering som er en vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som rettledning for andre situasjoner. Analysen går ut på å vurdere likheter og forskjeller mellom to situasjoner. Jeg vil anta at jo flere likheter det er mellom situasjonen som vurderes og studien, jo mer anvendbare vil funnene være for situasjonen. Det kan stilles spørsmål ved hvem som bør foreta denne analytiske generaliseringen. Aktuelle kan være både forskeren, lesere eller brukere. Tradisjonelt så har det vært forskeren som har argumentert for generaliserbarheten. I denne studien vil det være aktuelt at lesere som gjerne har erfaring innen langtidsrusbehandling, gjør seg opp en formening om funnene er anvendbare også i andre kontekster. For å gi leseren best mulig grunnlag for å vurdere dette, er det viktig at forskeren presenterer tilstrekkelig med informasjon til at analytiske generaliseringer kan gjøres. Målet med generaliseringen er å vise hvilke faktorer som *kan* fremme motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling.

5. Presentasjon av funn

Utvalget bestod av åtte respondenter i alderen 29 til 58 år. Alle med unntak av en hadde høyskoleutdanning. Halvparten hadde tilleggsutdanning. En hadde universitetsutdanning. Alle hadde direkte behandlingsansvar for flere pasienter. Alle hadde behandling som sin hovedoppgave, enten som primærkontakt eller som terapeut. Alle arbeidet på en familieavdeling, det vil si på en avdeling hvor pasienter var innlagt sammen med sine barn. Det var plass til ca 10 familier på avdelingen. Behandlingen bestod av miljøterapi, gruppebehandling og individuelle samtaler.

Institusjonen ligger i en middels stor by på Østlandet. Institusjonen består av flere avdelinger, hvorav familieavdelingen er en av disse. Institusjonens verdisyn står for nestekjærlighet, omtanke og respekt. Institusjonen har lang erfaring innen rusbehandling.

5.1 Presentasjon av analysen

Analyseprosessen startet allerede under intervjuene hvor det ble leita etter fellestrekk mellom respondentene. Enkle notater ble gjort etter hvert intervju. Deretter ble alt datamaterialet lest nøye gjennom for å få en helhetlig oversikt (Polit & Beck, 2004, s. 571).

Etter at alt materialet var lest gjennom starter prosessen med å fange opp hva datamaterialet egentlig handlet om. Dataene ble brutt opp i mindre enheter. Hver enhet ble gitt en kode etter hva den handlet om. Koden var som oftest et aktuelt ord brukt av respondenten. Kodenes likheter og ulikheter ble utforsket.

Det ble foretatt en sammenligning av data som fremkom i materialet. I likhet med G.T. sammenlignes enheter presentert i det ene intervjuet med enheter fra de andre intervjuene. I denne fasen ble likheter identifisert. Sammenligningen fortsatte helt til alle intervjuene hadde blitt sammenlignet. Forskeren må avgjøre om data kan

plasseres i samme kategori eller relateres til en annen. Fremgangsmåten har mye til felles med det G.T. kaller åpen koding. Etter en slik førstegangskoding av materialet stod jeg igjen med 38 koder. Ved nærmere sammenligning, fant jeg ut at noen koder hadde så mye til felles at de kunne abstraheres til et høyere nivå. Dette er noe av det samme som skjer når nivå 1 koder kondenseres til nivå 2 koder i G.T. I det følgende gis et eksempel på hvordan datamaterialet ble kodet fra kode nivå en til kode nivå to.

Tabell 1

Et eksempel på koding av data på nivå 1 og nivå 2, der nivå 2 er "Samhandling"

Tekst	Nivå 1 kode	Nivå 2 kode
Relasjonen er kjempeviktig. Det er det vi jobber med fra begynnelsen av å få en god relasjon, at de blir trygge på oss og at de føler det er trygt å være her, og det får vi bra til. (G)	Gjøre pasienten trygg	Samhandling
En god situasjon kan være at jeg er kommet i posisjon i forhold til en pasient. Komme i posisjon til at pasienten kan fortelle litt hvordan han har det. (H)	Samtale	
Det å jobbe direkte med pasientene er for meg viktig i løpet av en god dag. (E)	Være sammen med pasienten	
Jeg vet ikke om jeg kan si det, men det er nesten sånn at klarer du det i startfasen så har du gjort mye av jobben. Det kan jeg jo se på pasientene også, altså hvor trygge de blir etter hvert. Du kan få til ganske mye hvis du får til en god relasjon. (B)	God relasjon i startfasen	
Så en god relasjon med pasienten vil ofte være preget av at pasienten føler trygghet i forhold til at det de forteller meg, det de kommer ut med, at jeg ikke vil være fordømmende, ikke vil være avvisende. (C)	Vise respekt og empati	
Det er viktig i en sånn relasjon, den grunnleggende respekten for det pasienten har opplevd. (C)	Vise empati	

En ytterligere sammenligning og abstrahering fortsatte helt til jeg stod igjen med 7 hovedkategorier. Hovedkategoriene forteller noe om hva som gjør behandlere motiverte i langtidsrusbehandling.

- Å finne mening i arbeidet sitt
- Relasjonen til pasienten
- Distansering og avstandstakning
- Fritid
- Forutsigbarhet
- Arbeidsmiljø, kolleger
- Organisasjonen

Polit & Beck (2004, s. 573) gjør rede for en lignende prosess når det gjelder utarbeiding av kategoriseringsskjema og koding av kvalitative data i sin generelle redegjørelse av kvalitativ analyse.

Mine hovedkategorier har mye til felles med det som kalles kjernekategori innen G.T., men skiller seg vesentlig fra G.T. da det i min analyse identifiseres syv hovedkategorier. Innen den tradisjonelle metoden G.T. ville trolig antall kjerne kategorier vært mindre, da fokuset ofte er snevrere for å oppnå dypere innsikt i et område. I denne studien var jeg mer interessert i bredden av motivasjonsfaktorer og dermed bredden i kjerne kategorier.

Når hovedkategoriene var identifisert, var det interessant bare å gå videre med data som var relevant for disse. Dermed ble relevant tekstmateriale skilt fra ikke relevant materiale. I likhet med det som skjer i selektiv koding innen G.T., så kodes nå bare data som var relevant for hovedvariablene. For å illustrere prosessen presenteres noen av hovedvariablene med tilhørende selektive koder.

Tabell 2

Noen eksempler på hovedkategorier og selektive koder.

Kategori	Selektiv kode
Relasjon til pasienten	Samhandling
	Tillit
	Endring – gjennombrudd
Å finne mening i arbeidet sitt	Ulike strategier
	Plassere ansvar
	Støtte
Distansering - avstandtakning	Nært forhold
	Krever mye
	Utfordrende pasienter
	Sette grenser
	Avstand
	Undring

Viser for øvrig til tabell 1 hvor det er tatt med elementer fra ”Samhandling” for å illustrere analyseprosessen.

Under hele analyseprosessen benyttet jeg notater tatt i intervjusituasjonen, både når jeg sammenlignet data, ved utviklingen av kategorier og hovedkategorier, og når bitene skulle sammen igjen og helheten og ny innsikt skapes.

Innen G.T. er kjernevariabelen det høyeste nivået i konseptet, relatert til andre kategorier, men den indikerer ikke hvordan forskjellige kategorier forholder seg til hverandre. Teoretiske koder innen metoden G.T. skal hjelpe forskeren til å se hvordan kategoriene forholder seg til hverandre. De teoretiske kodene lager en overbygning mellom kategorier. Innen metoden G.T. er det utviklet 18 undergrupper av teoretiske koder.

Interaksjon er en av de teoretiske kodene. Når vi ser på innholdet i hovedvariabelen ”Relasjon til pasienten” og kategoriene som er relatert til den, så er nettopp interaksjon en fellesnevner. Det handler om samhandling og involvering, om behandlerens relasjon til pasienten.

Innholdet i kategoriene samhandling, tillit og endring handler om interaksjon. Behandlerne var veldig tydelige på betydningen av å skape en god relasjon med pasienten, først og fremst for å skape tillit. Behandlerne oppfattet tillit og en god relasjon med pasienten som en svært viktig forutsetning for det endringsarbeidet som pasienten skulle gjøre. Behandlerne opplevde det motiverende når pasienten endret seg. Underforstått at endring var forbundet med fremskritt i tilhelingsprosessen. Bitene ble satt sammen, innholdet i kategoriene sammenfattes i den teoretiske overbygningen som jeg valgte å kalle ”Involvering – relasjonen til pasienten”. Under presenteres innholdet som sier noe om at relasjonen mellom pasient og behandler er viktig for at behandlere skal kunne beholde motivasjonen. Målsetningen er at funn skal kaste nytt lys over og peke på mulige svar med hensyn på problemstillingen.

5.2 Presentasjon av funn: Involvering- relasjonen til pasienten

Et sentralt funn i denne studien var respondentenes opplevelse av at behandler – pasientrelasjonen var svært viktig. Relasjonen fremstod som noe av det viktigste i hele behandlingsopplegget. En relasjon tuftet på respekt og tillit. Alle respondentene snakket om hvor viktig det var å komme i posisjon i forhold til pasienten. Det ble understreket hvor viktig det var å skape en god relasjon i starten av oppholdet. Respondentene beskrev ulike former for samhandling som var viktig for å bygge relasjonen, som det å være sammen med pasienten, samtale med pasienten, vise forståelse og å skape trygghet.

”Jeg vet ikke om jeg kan si det, men det er nesten sånn at klarer du det i starten så har du gjort mye av jobben. Du kan få til ganske mye hvis du får til en god relasjon.”

”Det er det vi jobber med fra begynnelsen å få en god relasjon, at de blir trygge på oss og at de føler det er trygt å være her.”

Tegn på god relasjon kunne være når pasienten turte å komme og spørre om ting, turte å åpne seg mer. Ved ikke å være fordømmende eller avvisende, ville pasienten føle trygghet i forhold til det han fortalte. Det opplevdes viktig å ha respekt for det

pasienten hadde opplevd, samtidig som det var viktig å kunne gå litt ut av situasjonen for å se det hele litt utenfra. For å opparbeide tillit var det viktig å vise at en ville pasienten det beste. Og i den grad det var mulig vise at behandleren hadde tro på pasienten, selv om pasienten ikke alltid hadde det selv. En respondent uttrykte det slik:

”En god relasjon oppleves når pasienten tørr å spørre om ting. Det å oppleve at de har tillit til meg. ”

De fleste respondentene opplevde det motiverende når pasienten viste tegn til endring i sin atferd og tenkemåte. Det kunne være bare små tegn som at pasienten begynte å erkjenne at det var slitsomt å ruse seg, eller begynte å se noen av konsekvensene rundt seg. Eller at de glimtvis så at pasienten var i nærheten av å forstå noe som var viktig. Det kunne være når pasienten mestret noe, enkle ting som å stå opp og komme til frokost. Eller når pasienten lyktes med noe og en så at de var fornøyde. Endring hos pasientene skaper lyst til å fortsette, sa en av respondentene. Og motsatt, når det ikke skjer endring, så er det mer slitsomt. At pasienten opplevde et slags gjennombrudd i forhold til egen behandling, oppleves inspirerende for respondentene:

”Det gir meg motivasjon når jeg får en opplevelse av at pasienten har lyst til å gjøre noe med det. Selv om pasienten ikke sier han har et rusproblem, så er det fint om han kan erkjenner litt ”vært redd i det siste” eller ”det er ganske slitsomt”.

”Mest inspirerende når jeg opplever at pasienten har et slags gjennombrudd i forhold til egen utvikling.”

På tilsvarende måte ble data kodet i forhold til de andre hovedkategoriene. Teoretiske koder var med å finne sammenhenger mellom de ulike kategoriene. For hver hovedkategori ble det laget en beskrivelse av hovedkategorien og tilhørende kategorier. Det er denne beskrivelsen som utgjør studiens funn og som skal gi svar på eller belyse spørsmålet reist i problemstillingen.

5.3 Tvilen og trua – å finne mening i arbeidet sitt

Mange av respondentene fortalte at det betydde svært mye for de at pasientene lyktes i behandlingen. Samtidig var respondentene klar over at mange som var i rusbehandling ikke lyktes. Respondentene hadde ulike strategier å møte dette faktum med. Respondentene hadde hver på sin måte utviklet en måte å finne mening i arbeidet sitt på, selv om mange pasienter ikke lyktes. Noen valgte å fokusere på de det gikk godt for. Det ble blant annet referert til en grøttest, der tidligere pasienter ble invitert tilbake til avdelingen. Det var helst de det hadde gått bra med som kom dit. Respondentene syntes det var en flott dag å være på jobb. Noen hadde den oppfatning at pasienten fikk med seg noe verdifullt fra oppholdet på institusjonen uansett, selv om de ikke greide å bli rusfrie. Noe de kunne dra nytte av senere i livet og i en eventuell senere behandling. Siden alle som var innlagt hadde barn, uttrykte flere av respondentene optimisme med hensyn til at barnet ble fanget opp og fikk det bedre, selv om mor eller far ikke lyktes i behandlingen. Det ble påpekt at definisjonen av å lyktes heller ikke er entydig. Selv om foreldre og barn blir utskrevet etter vellykket behandling, vet man ikke før etter 3-4 år hvordan det ”egentlig” går med dem. Noen av respondentene mente at dersom en hadde gjort så godt en kunne i å hjelpe pasienten til et rusfritt liv, så måtte bare realiteten aksepteres. Det som ga mening for den enkelte var forskjellig fra person til person, men felles var behovet for å se at jobben de gjorde hadde en hensikt.

I streben etter å hjelpe pasienten i å lyktes følte mange tidvis at de kom til kort. Spørsmålet om det var noe de kunne gjort på en annen måte slik at pasienten hadde kommet bedre ut av det, hadde mange stilt seg. Da var det godt å ha kolleger som støttet og som minnet om at de var flere som hadde prøvd. Til syvende og sist var det valget pasienten selv tok som var avgjørende. Personalet kunne hjelpe og støtte pasienten til å ta det valget, men valget måtte komme innenfra pasienten selv. Følgende sitat beskriver respondentenes opplevelser:

”Det er ikke bestandig de lyktes, vi må faktisk tenke som så, ja vel, de klarte det ikke denne gangen, men de fikk med seg noe på vegen som de kanskje kan bruke ved et

behandlingsopplegg seinere. De får med seg noe hver gang de ikke lykkes, så naiv er jeg.”

”Du legger sjela i å få de på rett spor. Så har du statistikken i bakhodet, hvor få det går bra for.”

”Det jeg ønsker er at pasienten skal få det til. Og klarer de det ikke så er det veldig trist. Veldig trist. Men mange ganger sitter du igjen med følelsen av at det kan ikke være annerledes akkurat nå.”

”Det er det som drar en videre, de positive tingene. Følge unge opp mot voksen alder og se at de klarer seg. Men jeg går ikke i kjelleren om de ikke klarer seg. Der har jeg en overlevelsesstrategi. Føler de får med seg noe uansett.”

”Hvis jeg vet at jeg har vært der og hjulpet og støtta så godt jeg kan, og de ikke evner å være foreldre, så tenker ikke jeg at de for enhver pris skal være foreldre.”

5.4 Distansering – avstandstakning

Respondentene fortalte at forholdet kunne bli veldig nært og det kunne være vanskelig å holde på objektiviteten. De ville jo så gjerne på vegne av pasienten, at de skulle få det til. De ble emosjonelt engasjert blant annet fordi de hadde mye daglig samvær med pasientene. En del av de som var innlagt skulle bearbeide traumer, og respondentene følte det naturlig at de hadde mennesker rundt seg som stod dem veldig nær i denne prosessen. Mange opplevde det derfor godt når behandlere som ikke hadde daglig kontakt med pasienten, kunne komme inn når viktige avgjørelser skulle tas. Etter hvert ble de nære relasjonene gradvis løst opp.

”Jeg har jobba meg gjennom runder. Du blir veldig involvert i ting som skjer, til dels dramatiske ting. Du blir veldig nær. Men jeg vet ikke om det er så farlig heller jeg. Etter hvert så løsrives du ettersom det er naturlig.”

Flere av respondentene tilkjennega at en viss distansering var nødvendig for å jobbe i dette feltet. En kunne ikke gå til grunne selv om det gikk dårlig med pasienten. Det var ganske vanlig at ansatte lurte på hvordan det gikk med utskrevne pasienter, selv

om det var andre deler av hjelpeapparatet som hadde ansvaret for disse nå. Ellers ble det pekt på at ruspasienter er krevende i forhold til behandlingen. De ville gjerne ha ”mer av deg” og det opplevdes derfor viktig å være tydelig og å sette grenser i de ulike behandlingssituasjonene.

”For det er klart at ruspasienter får aldri nok. Må være bevisst på å sette grenser. De appellerer veldig fordi de er så hjelpetrengende. ”

Pasienter med rusavhengighet kunne under sykdomsforløpet utvikle væremåter som var lite funksjonelle i relasjon med andre, for eksempel uærlighet eller sinne. Det ble pekt på hvor viktig det var å se disse fenomenene som en del av avhengigheten, med de plagene og den lidelsen disse pasientene har. Det ble viktig å innta en utforskende, undrende holdning, i stedet for å reagere med sinn og frustrasjon. Og når behandleren fikk kjeft av pasienten, var det viktig å forstå hva dette var et uttrykk for, i stedet for å gå i forsvar. Veiledning ble pekt på som et viktig hjelpemiddel til greie å løfte seg ut av her og nå situasjonen og å se det hele utenfra.

”Hele tiden jobber vi med så mye lidelse og så mye fortvilelse at vi på en måte må ha et utgangspunkt, hvor vi tenker at vi utforsker dette som et mysterium. Kan ikke føle at de har misbrukt eller lurt meg, men prøve å forstå det inn i sammenhengen. Ofte blir man en søppelbøtte og da tenker jeg at jeg må forstå mer enn det pasienten gjør.”

5.5 Fritid

De aller fleste respondentene opplevde til tider at det var vanskelig å legge arbeidet fra seg når arbeidsdagen var over. De oppga flere grunner til det. Pasientene opplevdes krevende. De utfordret behandlerne. De grep inn på så mange områder, og utfordret respondentene både på den faglige og menneskelige integritet. Enkelte behandlerne følte at pasientene kunne få behandlerne til å føle seg inkompetente, og de kunne skape mye tvil rundt behandlingen og mistillit til innholdet i behandlingen. Mye sinne fra pasientene kunne også være utfordrende å takle. Pasientgruppen opplevdes å vende lidelsestrykket sitt utover i stedet for innover. Problemene de stred

med var ofte samfunnets feil, din feil, barnvernets feil og så videre. Behandlerne opplevde å skulle forsvare valg og beslutninger. Noen sa at jobben var tappende. De brukte mye energi, og ga mye av seg selv både som fagperson og menneske. Behovet for påfyll var derfor tilstede.

”Pasientene påvirker meg på flere områder enn jeg har vært vant med tidligere, en må bruke mer aktive strategier for å koble dem ut når jeg kommer hjem.”

”Jeg synes det er en vanskelig pasientgruppe nettopp fordi de griper inn på så veldig mange områder, de utfordrer deg på så mange aspekter ved deg selv denne pasientgruppen.”

Det var situasjonsbetinget hvor vanskelig det var å legge arbeidet fra seg når en kom hjem. Det var avhengig både av graden av dramatikk i det de opplevde, og når det skjedde på døgnet. For eksempel var det vanskeligere å koble fra når noe skjedde på en kveldsvakt like før en skulle hjem å sove. Samtidig ble det understreket hvor viktig det var å kunne ta innover seg vanskelige situasjoner i stedet for å fortrenge disse. Det å ha mange års erfaring ble trukket frem som en fordel når det gjaldt å kunne legge ting fra seg. Mange hadde opplevd det mer vanskelig tidlig i karrieren enn de gjorde nå. Noen følte det slik at tok de jobben med hjem, så kom de ikke uthvilte på jobb neste dag.

”Det at det spinner i hodet etter kveldsvakter når en skal hjem og legge seg, da er det ikke godt å få roa ned.”

”Jeg husker tilbake til de første årene jeg jobbet her, jeg kunne bruke store deler av ettermiddagen, kvelden og noen ganger nattesøvnen til å på en måte plassere hva er hva, til å fundere videre, men jeg vil jo si at i årene som er gått, så føler jeg meg ganske stødig og trygg.”

De fleste ønsket å bruke fritiden til andre gjøremål enn det som hadde med jobbrelaterte tema å gjøre. En opplevde seg mindre engasjert på fritiden enn tidligere. Respondenten som tidligere var engasjert og diskuterte ruspolitikk på fritiden, orket ikke dette lenger. Hun fikk nok av det på jobben, og ville heller koble av med andre ting på fritiden. En hadde tatt på seg et verv innen sosialtjenesten ved siden av

jobben, men opplevde det så belastende etter noen år, at hun valgt å si det fra seg. Hun ville heller gjøre noe helt annet på fritiden. Andre følte behov for stabile hjemmeforhold siden jobben bydde på så mye ustabilitet. En sa at i denne jobben burde en være i harmoni med seg selv, leve strukturert og sørge for påfyll. De opplevde det å sette grenser for seg selv i jobben, og å sette grense mellom jobb og fritid som viktig.

”Jeg kjenner at jeg kan bli mindre tolerant privat til å diskutere ruspolitikk. Før kunne jeg nok i større grad diskutere og være engasjert, nå kjenner jeg at jeg får nok av det på jobb.”

Behovet for å skille mellom jobb og fritid ble klart uttrykt. Det å ha interesser som ikke hadde med jobben å gjøre føltes viktig. Noen sa at de ikke ønsket å ha for tette bånd til jobben i fritiden. Noen var positive til sosiale sammenkomster med jobben i fritiden, mens andre absolutt ikke var det. Betydningen av å gjøre helt andre ting når man ikke var på jobb, var gjennomgående hos alle respondentene. Det var nødvendig for å få tilstrekkelig hvile og nye impulser.

”Jeg liker meg på jobben. Men er ikke interessert i å ha for tette bånd til jobben i fritida.”

5.6 Forutsigbarhet

Innledningsspørsmålet under intervjuene var å beskrive en god dag på jobben. Så å si alle respondentene sa noe om det som kan kalles forutsigbarhet. Svært mange understreket betydningen av å få gjort det de hadde planlagt for dagen. I tillegg var det viktig at dagen ikke begynte for hektisk, at det var tid til forberedelse og nok tid til å gjøre det de skulle. Oversikt og kontroll over arbeidsoppgavene ble også vektlagt som viktig. En sa at det var godt å vite hva en skulle gjøre. Det å få gjort ferdig og avslutta oppgaver var også med å gjøre dagen god. Noen uttrykte det slik:

”En god dag på jobben er når jeg sammen med de som jeg er primærkontakt for, får tid til å gjøre de tingene som jeg har planlagt.”

”En god dag? Da har jeg gjort det jeg har planlagt å gjøre.”

”Det som gjør meg litt glad er når jeg vet hva jeg skal gjøre, når jeg har tinga klart, at ikke alt er et virvar, en blir glad av det. Det har noe med det å gjøre også, at ting ligger til rette og at du har orden på en måte. Forutsigbarhet, det var det jeg skulle sagt.”

5.7 Arbeidsmiljø – kolleger

Verdier som ble holdt høyt i arbeidsmiljøet er tillit, respekt og lojalitet. Verdiene synliggjøres i måten personalet forholder seg til hverandre. De ansatte satte pris på hverandre og det arbeidet som gjøres. Kolleger ble hørt og tatt på alvor. Takhøyden var stor nok til at det gis rom for den enkeltes individualitet. De fleste fikk brukt seg på en god måte. Mange opplevde fellesskapet som viktig for å få råd og oppmuntring når det gikk tungt. Det var viktig å kunne komme med det en strever med. Flere opplevde det nyttig og inspirerende når kolleger fortalte om vellykkede prosjekter. Noen respondenter sa det slik:

”Det er en sånn fin atmosfære, ingen baksnakker hverandre, det er en sånn genuin interesse for hverandre.”

”For at jeg skal trives på jobb, så er samarbeidsklimaet selvfølgelig viktig.

Det er veldig viktig tørre å komme med det en strever med, men også det en lykkes i.”

Det var rom for å si ifra når noen syntes ting skulle gjøres på en annen måte, for eksempel å kunne si ifra når kolleger ble for mye pasientens advokat. Noen syntes det var greit å si ifra, mens andre kviet seg for å si noe som kunne oppfattes som kritikk.

”Pasientens advokat blir du når du ikke ser alt du burde se fordi du er så inne med pasienten din, du ser ikke mer enn pasienten.”

Arbeidsfellesskapet hadde på en måte to funksjoner når det gjaldt å gi feedback. Den konstruktive tilbakemeldingen der en enten fikk støtte, råd eller hjelp i krevende situasjoner, eller anerkjennelse for noe en hadde lykkes med. Den andre type tilbakemelding var mer i den hensikt å få ut frustrasjon. Den opplevdes ikke alltid

like konstruktiv for kollegene, men det var nyttig for den som hadde behov for ”å lette på trykket”. Man så nødvendigheten av denne formen for tilbakemelding, men det var viktig at frustrasjoner ikke fikk dominere i arbeidsmiljøet.

”Vi er flinke til å støtte hverandre når det har vært noen tøffe ting.”

”Det er ingen som får lov å dra hverandre ned. Selvfølgelig må det være åpenhet for at noen er lei, det er vi jo alle iblant, men det skal ikke få styre personalgruppa.”

Når respondentene ble spurt om hva som inspirerte til videre arbeid, svarte mange at det var når teamet jobbet godt sammen. Et team som støttet, et team som var med og tok ansvar. Et team som en både kunne lene seg på, men også være aktiv deltaker i.

5.8 Organisasjonen

5.8.1 Ledelse

Det oppleves viktig at lederen var interessert i hva som foregikk på avdelingen, at han hadde innsikt i arbeidet og god oversikt over hva som skjedde. Evne til å delegere ble verdsatt, ansatte oppfattet det som å bli stolt på. I tillegg skulle lederen være lyttende og ta det personalet sa på alvor. Samtidig var det ønskelig at lederen var klar og tydelig og kunne sette grenser. Og det føltes viktig at lederen hadde omsorg å gi til personalet. At lederen så personalets behov for faglig påfyll, ble påpekt som viktig for de ansatte.

”Det er viktig at lederen er klar og tydelig, men også har omsorg i seg. Lytte og støtte, men også sette grenser.”

5.8.2 Tilbakemelding fra overordnet

Det opplevdes viktig med tilbakemeldinger knyttet til faget og pasienten. Særlig viktig var det for de som arbeidet som miljøterapeuter å få tilbakemelding fra de behandlingsansvarlige.

”Vi trenger tilbakemelding fra de behandlingsansvarlige. Synes det er viktig at de følger med.”

Behovet for tilbakemeldinger varierte fra person til person. Men de fleste satte pris på anerkjennelse, for eksempel etter en arbeidskrevende periode. Alle hadde behov for å bli satt pris på. Flere ga også uttrykk for at det var greit å få høre det når ting kunne vært gjort på en bedre måte. Det viktigste var hvordan ting ble sagt, at det gjenspeilet at en ville den andre vel.

Som ny på avdelingen hadde noen opplevd det frustrerende å få lite tilbakemelding. Lite tilbakemelding hadde utløst usikkerhet hos vedkommende om egen fungering.

5.8.3 Beslutningsmyndighet

Det opplevdes viktig å få være med å delta i beslutningsprosesser. Respondentene kjente pasientene svært godt, og det følte viktig for respondentene å få formidlet sitt syn der beslutninger skulle tas. Flere pekte på fordelene av at fagfolk som ikke gikk sammen med pasienten daglig, var med og tok viktige beslutninger. Det kunne være lettere å være objektiv når en hadde større avstand til pasienten. Det opplevdes viktig at beslutninger ble tatt selv om ikke alle var enige i avgjørelsen. De fleste fulgte lojalt opp det som var bestemt og syntes det var greit. Andre kunne føle noe frustrasjon over vedtak de var uenige i, men var lojale overfor vedtaket.

”Det er jo viktig at du selv får være med å ta avgjørelser, men det er jo også viktig at du er lojal.”

”Ledelsen tar jo avgjørelser vi ikke er enig i bestandig, ja, da føler du deg litt overkjørt ”

5.8.4 Krav

Krav ble i hovedsak opplevd på to ulike måter: krav med hensyn til kompetanse og krav med hensyn til tid. Krav med hensyn på kompetanse opplevdes positivt. Det var inspirerende å bli utfordret på faglige oppgaver. Ansvar for grupper og bruk av

kartleggingsverktøy ble spesielt nevnt som eksempler på utfordrende oppgaver. Av og til kunne ansvaret føles tungt, mange opplevde at deres uttalelser ofte ble tillagt stor vekt både i samhandling internt og utenfor bedriften. Samtidig var slike opplevelser med å understøtte følelsen av å gjøre en viktig jobb.

Krav med hensyn til tid opplevdes mer frustrerende. Følelsen av at stadig flere oppgaver skulle gjøres med de samme ressursene, opplevdes ikke motiverende. Men det var ulik oppfatning av hvor berørt man ble av det. Noen så ut til å innfinne seg med situasjonen uten at de lot seg affisere så mye av tidspresset, mens det for andre opplevdes svært vanskelig. Graden av frustrasjon hang trolig sammen med hvor tilpasningsdyktig man er. En av respondentene oppsummerte slik:

”Jeg syns vi får nok utfordringer ut fra der vi faglig sett står. Men arbeidskapasitetsmessig så tror jeg nok ikke de helt skjønner hvor mye vi gjør oppe i det hele.”

5.8.5 Lønn

Det kan ikke sies noe entydig i forhold til hva lønn betyr for motivasjonen. Alle var avhengig av noe å leve av, det var det enighet om. Men det var stor variasjon i hva lønna betydde for motivasjonen. Noen opplevde at lønn og motivasjon hang nøye sammen, at lønn var synonymt med verdsetting av vedkommendes arbeidsinnsats. Opplevelsen av rettferdighet var et viktig element, blant annet at sammenlignbar utdanning og samme arbeid burde kvalifisere for lik lønn. Andre så sin motivasjon i forhold til jobben helt uavhengig av lønn. Forholdet til pasientene og motivasjonen for å gjøre en god jobb var for de, fullstendig skilt fra tanker om hva lønna representerte.

5.8.6 Fysisk arbeidsmiljø

De fleste var opptatt av lokalitetenes funksjonalitet. Ettersom virksomheten hadde vokst, hadde ikke lokalene blitt utvidet tilsvarende. Mange opplevde at de dermed ikke fikk utført jobben sin optimalt fordi det lå begrensninger i lokalene. Det var først

og fremst plassmangel som ble sett på som et problem og som påvirket motivasjonen til respondentene. Det fysiske arbeidsmiljøet hadde innvirkning på respondentenes motivasjon selv om det ikke var det første de trakk fram når de ble spurt om hva som fremmet motivasjon.

5.8.7 Status

Med status menes hvilken anseelse respondentene opplever at det å jobbe med rusavhengige har i samfunnet. Det var litt ulik mening om dette. Flere opplevde at de fikk stor respekt fra familie og venner for det arbeidet de gjorde. Noen pekte på at det hadde svingt gjennom tidene hvor mye status det var å jobbe med ruspasienter. Mens andre opplevde at det å jobbe med rusavhengige ikke hadde så høy status. Uansett, respondentene opplevde ikke at status var avgjørende for deres motivasjon.

5.8.8 Bedriftens policy

Ryddighet i ansettelsesforholdet ble sett på som viktig, men kun en hadde kommet inn på temaet før de ble spurt om det. De fleste tok det som en selvfølge, at slike ting skulle være i orden.

Når det gjaldt bedriftens anseelse var de fleste stolte over å jobbe ved en bedrift som hadde god anseelse utad. At virksomheten driver med forskning på fagfeltet og på mange måter oppfattes om en foregangsinstitusjon, opplevdes motiverende for respondentene.

6. Drøfting av funn

Denne studien har til hensikt å undersøke hvilke faktorer som fremmer motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling. I dette kapittelet blir sentrale funn utdypet og diskutert i forhold til forskning og teori. I kapittel fem ble funn presentert i form av syv hovedkategorier, i drøftingskapitlet slås disse syv kategoriene sammen til tre enheter. Dette gjøres fordi kategoriene inneholder beslektede tema og det er mer hensiktsmessig å se disse under ett. Følgende team diskuteres sammen:

- Forutsigbarhet, arbeidsmiljø og organisasjonen drøftes sammen.
- Involvering – relasjonen til pasienten, distansering – avstandstaking og fritid drøftes alle under ett under overskriften ”Involvering, distansering og fritid.”
- Tvilen og trua – om å finne mening med arbeidet drøftes separat.

6.1 Forutsigbarhet, arbeidsmiljø og organisasjonen

6.1.1 Forutsigbarhet

Respondentene var veldig klare på at det å få gjort det de hadde planlagt å gjøre var viktig for deres motivasjon. Hva som ligger i utsagnet ”planlagt å gjøre” kommer ikke tydelig fram, men det har trolig med hva som blir forventet at behandlerne skal gjøre. Stillingsbeskrivelser, regler og rutiner på avdelingen og den enkeltes faglige skjønn er med på å forme hva den enkelte opplever som sin oppgave. Siden så å si alle nevnte dette som noe av det viktigste for å opprettholde motivasjonen, er det rimelig å anta at denne opplevelsen av ikke å få gjort det som var planlagt kan være en kilde til mistriksel. Det ble oppgitt i hovedsak to grunner til ikke å få gjort det som var planlagt. Enten at det var færre på jobb den dagen, for eksempel ved sykefravær eller ved at det kom en ny oppgave inn som ikke var planlagt, for eksempel pass av

barn. I begge tilfeller måtte personalet improvisere og omfordele arbeidsoppgavene seg imellom.

I arbeidslivsforskningen har det vært mest fokus på her og nå situasjonen og mindre fokus på fremtiden. Allerede på 1960 tallet utarbeidet Thorsrud og Emery de psykologiske jobbkravene hvor det ble fokusert på at jobben skulle oppleves forenelig med en ønsket framtid (Thorsrud & Emery, 1969). Noe av denne tenkningen finnes fortsatt igjen i dagens Arbeidsmiljølov (Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern 2005, nr. 62). Etter det er det sagt lite om framtidsperspektivet i arbeidslivsforskningen.

Forutsigbarhet refererer til "muligheten til å utvikle forventninger og generere regler for miljøet (arbeidssituasjonen) i fremtiden" (Knardahl, 1997, s.43). Det vil si i hvor stor grad en kan forutsi arbeidssituasjonens framtidige karakter. Grunnforskningen har studert ulike effekter av forutsigbarhet. Funn kan tyde på at lav forutsigbarhet er forbundet med negativ helseeffekt. Brandtzæg (2000) mener det likevel er problematisk å overføre denne forståelsen til arbeidslivsforskningen.

Nyere forskning viser at forutsigbarhet i arbeidet er viktig for helse og trivsel i arbeidssammenheng (Nytrø, 2006). Nytrø (2006) ser arbeid og omstillinger i et evolusjonpsykologisk perspektiv. Nytrø (2006) viser til at hjernen ikke har endret seg betydelig på mange tusen år. Han hevder at menneskets hjerne forventer forutsigbarhet, mange og for store endringer kan dermed føre til utilfredshet. Hjernen er derfor ikke tilpasset moderne arbeidsliv hevder han (Nytrø, 2006).

Det har innen arbeidslivsforskningen vært påpekt betydningen av klar og pålitelig informasjon om fremtiden (Schein, 1980a). Schein (1980b) mente det burde inngås psykologisk kontrakt mellom ansatte og organisasjonen for å avklare forventninger og antagelser. Dette for å unngå overraskelser og i stedet åpne for forutsigbarhet i jobbsituasjonen. Knardahl (1997) peker på at dagens arbeidsplasser ofte preges av lite forutsigbarhet, noe som fører til at ansatte forsøker å redusere usikkerheten ved konstant og aktiv søking av informasjon.

Brandtzæg (2000) betrakter forutsigbarhet ut fra et individuellpsykologisk perspektiv og et psykososialt arbeidsmiljø perspektiv. Det pekes på at både forhold ved den ansatte og forhold på arbeidsplassen kan påvirke forutsigbarhet. Studien undersøkte betydningen av de psykososiale faktorene egenkontroll, sosial støtte og læringsmuligheter overfor forutsigbarhet. Egenkontroll og læringsmuligheter hadde en positiv effekt på forutsigbarhet, mens sosial støtte ikke hadde noen påvisbar effekt. Selv om denne studien hadde flere metodiske begrensninger, fant jeg faktorene som brukes til å belyse forutsigbarhet interessante.

I det følgende ønsker jeg å drøfte mine funn om forutsigbarhet i lys av de psykososiale faktorene knyttet til den omtalte studien ovenfor; egenkontroll, sosial støtte og læringsmuligheter. Egenkontroll eller kontroll kan forstås som objektiv eller persipert mulighet til å foreta valg eller beslutninger på arbeidsplassen (Dallner & Knardahl, 1997, s.39). Sammenhengen mellom kontroll og forutsigbarhet er diskutert (Knardahl, 1997). Peterson, Maier og Seligman (1993) mener at kontroll bidrar til økt forutsigbarhet, det gir individet frihet til å ta beslutninger eller få informasjon om en fremtidig hendelse. Nytrø mener individet opplever det mest tilfredsstillende når det er en balanse mellom graden av innflytelse/forutsigbarhet (Rørvik, 2008). Han sier at faktorene også kan ha mindre positive sider, det er derfor viktig å finne den optimale balansen mellom dem.

Enkelte har hevdet at forutsigbarhet bare kan ses som en dimensjon av begrepet kontroll. Jeg velger å benytte det teoretiske fundamentet som er lagt i studien til Brandtzæg (2000), som også innbefatter sosial støtte og læringsmuligheter.

Kontroll relatert til forutsigbarhet

I hvilken grad hadde behandlerne kontroll over hendelsene i arbeidshverdagen? Årsakene til den opplevde uforutsigbarheten var først og fremst at de ble færre på jobb enn planlagt eller at de fikk en eller flere oppgaver ekstra. Begge deler opplevde behandleren å ha liten kontroll over. Problemet var nok større for de som jobbet i miljøet enn for de som hadde timeavtaler med pasientene. Det er nærliggende å

konkludere med at behandlernes manglende kontroll over arbeidet var med å redusere forutsigbarheten. Viktige forutsetninger for å trives var å ha tid til å forberede seg og tid til å gjøre oppgavene. Det å ha oversikt og kontroll over arbeidsoppgavene opplevdes svært viktig.

Når det gjaldt myndighet til å bestemme overfor pasientene, uttrykte mange at de var glad for at de ikke var alene om å ta slike beslutninger. Det opplevdes godt at ansatte som ikke hadde daglig kontakt med pasientene var med og tok beslutninger. Det ble i liten grad uttrykt frustrasjon over beslutninger som ble tatt, på tross av at de ikke alltid var enige i disse.

Pasientgruppen er som det ble uttrykt innledningsvis, uforutsigbar. Progresjonen i behandlingen kan variere veldig. Behandlerne har lite kontroll over tilfriskningen. Behandlere var inneforstått med dette faktum, og de fleste hadde tilpasset seg at slik var det. Respondentene følte behov for innflytelse overfor arbeidsoppgavene, men følte ikke det samme behovet for innflytelse når det gjaldt beslutninger og framdrift vedrørende pasientene. Funnet underbygger det Nytrø (Rørvik, 2008) hevder at en viss balanse mellom innflytelse og forutsigbarhet på den ene siden, og en viss porsjon en ikke kan kontrollere på den andre siden, er optimalt. Ellers ville det bli for kjedelig, hevder Nytrø (Rørvik, 2008).

Samtlige i min studie opplevde sosial støtte som svært viktig for motivasjonen. I første omgang velger jeg å se på sosial støtte avgrenset til begrepet forutsigbarhet.

Sosial støtte relatert til forutsigbarhet

Tanken er at individet gjennom sosial støtte reevaluerer og veiledes i situasjonen (Weinberg & Levine, 1980). Behandlerne beskriver et sosialt støttesystem som fungerer godt. Det finnes flere typer sosial støtte. Feedback er en type respons som sier noe om hvorvidt personen har ”gjort det riktige”, noe som antas å virke inn på forutsigbarhetsnivået (Weinberg & Levine, 1980). Feedback er en form for vurderingsstøtte, som er en type tilbakemelding om den enkeltes atferd. Det var viktig for respondentene å få feedback på det faglige arbeidet fra de faglig ansvarlige,

men også fra kolleger. De fleste satte også pris på å få korrektiver, men noen syntes det var vanskelig å gi den type tilbakemelding selv. Emosjonell støtte kan være empati, omsorg og verdsettelse. Emosjonell støtte regnes for å være forutsetningen for de andre formene for støtte (House,1981). Det opplevdes godt å få anerkjennelse og ros fra ledelsen. Når noe ikke gikk som ønsket, var det godt å få omsorg både fra kolleger og ledelsen. Det opplevdes viktig å få både råd og oppmuntring. Det var også behov for å kunne ”blåse ut” frustrasjoner iblant. Informasjonsstøtte (House,1981) innebærer hjelpende og nødvendig informasjon som blir distribuert på en arbeidsplass. God informasjon kan trygge arbeidssituasjonen til den enkelte ved at den bedrer evnen til tilpasning (House,1981). Informasjon gitt på arbeidsplassen kan høyst sannsynlig være med å generere forventninger og regler om framtidig arbeidssituasjon og dermed øke forutsigbarheten. Ingen nevnte behov for mer informasjon fra ledelsen. Trolig betyr det at dette fungerte godt. Det er mulig at særlig behovet for informasjonsstøtte ville kommet tydeligere fram i en organisasjon som for eksempel var i en type endringsfase.

Det er rimelig å anta at alle former for støtte bidrar til større trygghet og forutsigbarhet i arbeidet. Det er mulig en eventuell sammenheng hadde kommet frem dersom den sosiale støtten ikke hadde fungert. Men i min studie ble det ikke oppdaget noen klar forbindelse mellom sosial støtte og forutsigbarhet utover det som beskrives i teorien.

Sosiale normer øker forutsigbarheten, for eksempel sosiale normer for hvordan mennesker omgås (Elster,1990; Saksvik, Nytrø og Tvedt, 2008). På en arbeidsplass kan det være formelle og uformelle normer som virker styrende på adferden. Sosiale normer bidrar til å øke forutsigbarheten av de ansattes atferd og kan forhindre konflikter ved at de stabiliserer relasjoner, moderer maktbruk og gir struktur (Saksvik et al, 2008). For eksempel fortalte respondentene at de aldri svarte på vegne av en kollega når en pasient spurte om noe. På den måten kan respondentene føle seg trygge på at kolleger ikke legger føringer for deres arbeid som ikke er avklart på forhånd. En slik norm vil dermed være med å styrke forutsigbarheten.

Læringsmuligheter relatert til forutsigbarhet

Læringsmulighet blir beskrevet som mulighet til å lære viktige forhold om nåværende og framtidig arbeidssituasjon (Brandtzæg, 2000). Det å oppleve læringsmuligheter i organisasjonen kan tenkes å lette muligheten til å etablere informasjon, sikkerhet og forutsigbarhet. Det at arbeidstakere opplever læringsmiljøet som støttende i kravet om kunnskapssøking kan derfor være sentralt.

Respondentene i studien pekte på viktigheten av faglig påfyll. Institusjonen de jobber i prioriterer kunnskapsutvikling. Dette er noe som kommer de ansatte til gode. De fleste opplevde at de fikk oppgaver som matchet faglig og at de fikk utfordringer å strekke seg mot. Deltakelse på kurs er et spørsmål om ressurser og mange kunne tenke seg mer av det. Det kan tenkes at læringsmuligheter kan påvirke forutsigbarheten på to måter. For det første kan det gjøre den ansatte bedre rustet til å takle uforutsigbarhet, altså konsekvensene av uforutsigbarhet. For eksempel ved lære metoder for ikke å la seg frustrere av underbemanning. Men det kan også tenkes at økt kunnskap kan øke forutsigbarheten. For eksempel ved at det tas høyde for det uforutsigbare i jobben når arbeidet planlegges. Muligheten til læring kan ses ut fra individ eller organisasjons nivå. En del forskning har vist at organisatoriske tiltak er mer effektive enn individuelle tiltak, når det gjelder å redusere stress på arbeidsplassen (Ganster, Mayes, Sime og Tharp, 1982). Nå dreier ikke dette seg om stress primært, men det kan likevel være relevant å vurdere organisatoriske tiltak som vel så effektive i denne sammenhengen.

Gjennomgangen har vist at kontroll og læringsmuligheter er begreper som lett kan ses i sammenheng med forutsigbarhet. Sosial støtte fremmer trolig trygghet og forutsigbarhet uten at dette kom tydelig fram i min studie.

Personlige variabler vil virke inn på hvor viktig forutsigbarhet oppleves for personen. Noen personer er mer konservative, mens andre er nytenkende og liker at det skjer noe nytt. Dette er forhold som denne studien ikke har gått nærmere inn på.

6.1.2 Arbeidsmiljøet og organisasjonen

Ikke uventet fant respondentene det sosiale fellesskapet med kolleger viktig for å opprettholde motivasjonen.

Samhandling

Arbeidsmiljøet var preget av respekt. Det var akseptert at alle hadde sterke og svake sider. Det var rom for den enkeltes individualitet. Verdiene som råder i et arbeidsmiljø er ofte vanskelige å få tak i. De kommer lettest til syne gjennom handlinger og gjennom kommunikasjon. For eksempel gjennom måten en snakker sammen på eller eventuelt måten en snakker om andre på. På avdelingen rådde de samme reglene både overfor pasienter og kolleger; det å snakke om og med hverandre med respekt. Respondentene vektla lojalitet. Pasientgruppen var ofte utprøvende og det var derfor viktig at personalet uttalte seg entydig overfor pasientene. Det var for eksempel utenkelig for respondentene å snakke ufordelaktig om kolleger med pasientene. Måten kollegaene samhandlet på var av stor betydning for motivasjonen.

Flere studier viser til at samhandlingen mellom kollegaene er viktig for tilfredshet og motivasjon. Bjørk et al (2007) så blant annet på hvilke faktorer som fremmet jobbtilfredshet blant norske sykepleiere. De fant at interaksjonen sykepleierne imellom var den viktigste faktoren for jobbtilfredshet. Jelstad (2007) fant også at interaksjonen mellom kolleger var viktig for den indre motivasjonen.

Tilhørighet

De aller fleste opplevde det inspirerende når teamet jobbet godt sammen. Følelsen av å stå sammen i både medgang og motgang. Et team å støtte seg på og å være aktiv deltaker i. Tilhørighet trekkes frem hos flere som et viktig element i det å være tilfreds eller motivert. Jelstad (2007) viser til at sosial tilhørighet styrker den indre motivasjonen. Nytrø (2006) sier at gode kolleger støtter hverandre emosjonelt og gir en følelse av tilhørighet. Personer som er interessert i menneskene rundt seg og som

ønsker å bidra til at vi skal ha det bra sammen, er gjennomgående mer tilfredse enn personer som har liten interesse for andre. Å få respons fra kolleger styrker ”vifølelsen” og gjør mennesker lykkeligere hevder Velten, Ackerman, Hallsten og Tengblad (2008).

Sosial støtte

Sosial støtte og tilbakemelding er kjente faktorer innen motivasjonsforskning. Fra forskning vet vi at bruk av sosial støtte er en av de viktigste betingelser for sosialt og mentalt velvære (Cutrona & Russel, 1990). Sosial støtte og tilbakemeldinger fra kolleger opplevdes viktig for respondentene. Behovet for hvilke type tilbakemelding og hvem tilbakemelding kom fra, var imidlertid noe situasjonsbetinget.

Det opplevdes godt å få råd og oppmuntring i vanskelige situasjoner. Samtidig var det inspirerende å få anerkjennelse for noe en har lyktes med. Mange opplevde det inspirerende når kolleger hadde lyktes i jobben. Et anerkjennende nikk fra en kollega kan bety så mye når en har stått på og gjort en god jobb. Å få støtte i vanskelige situasjoner kan bety enda mer (Velten et al, 2008).

Sosial støtte sett i relasjon til forutsigbarhet er omtalt tidligere. Der ble begrepene vurderingsstøtte og emosjonell støtte definert. Det var behov for alle typer tilbakemeldinger.

Med vurderingsstøtte menes en type evaluering av en handling. Denne formen for tilbakemelding var særlig ønskelig i forbindelse med selve behandlingen, det å få tilbakemelding fra behandlingsansvarlige om den jobben som respondentene gjorde overfor pasientene. Av emosjonell støtte var både anerkjennelse og ros kjærkomment å få fra både kolleger og ledelse. Ekstra fint var det å bli anerkjent fra ledelsen etter tøffe arbeidsperioder. De fleste hadde ikke behov for tilbakemeldinger i utrengsmål, det måtte bare skje når det var naturlig. Det var viktig for respondentene å motta både tilbakemeldinger og anerkjennelse. I enkelte situasjoner var det helt klart behov for at tilbakemeldingen kom fra leder eller behandlingsansvarlige. Dette gjaldt både konkrete tilbakemeldinger på jobben de utførte, og det gjaldt mer generell

anerkjennelse for godt utført arbeid. Løve og Øvrebø fant i sin studie om hvilke faktorer som fremmer jobbmotivasjon, at anerkjennelse og tilbakemelding fra leder veier mer enn om det kom fra kolleger (Solberg, 2007). Det forklares med at lederen er en viktig person for ansatte som kan påvirke deres fremtid i større grad enn hva kolleger kan.

Respondentene satte høye krav til seg selv. Men det kunne være behov for å luften ut frustrasjoner iblant. Det var helst andre kolleger som kunne bidra med denne typen emosjonell støtte. Respondentene var tydelige på at denne formen for ”utblåsning” ikke måtte få påvirke arbeidsmiljøet generelt.

Enkelte mener å hevde at sosial støtte til og med kan være en buffer ved høye krav i arbeidsmiljøet. En norsk studie av Richardsen (2000) viste at høye jobbkrav førte til utmattelse, mens positive jobbressurser som sosial støtte, tilbakemelding og kontroll, var forbundet med jobbengasjement. Det vises til at positive jobbressurser til en viss grad kan virke som støtpute overfor høye jobbkrav. Dette funnet samsvarer godt med funnene i min studie. Respondentene beskrev god sosial støtte og høy trivsel selv om oppgavene er mange. Karasek (1979) lanserte en teori der han hevdet at individet tålte bedre høye jobbkrav dersom det hadde god kontroll over arbeidet som skulle gjøres, ”kontroll – krav modellen”. Johnson & Hall (1988) modifiserte denne modellen og sa at sosial støtte kan moderere styrken på jobbkravene som personen møter i arbeidet. Dette bringer oss over til å se på andre faktorer i organisasjonen.

Kontroll – krav

Kontroll over arbeidet er et sentralt begrep innen motivasjonsteorien. Begrepet ”kontroll” brukes synonymt med begrepet ”autonomi” som sier noe om i hvilken grad arbeidstakeren har selvråderett over arbeidet sitt. Respondentene ga uttrykk for at det føltes viktig å delta i beslutningsprosesser. Samtidig ble det opplevd som positivt at andre som ikke gikk sammen med pasientene daglig, var med og tok viktige avgjørelser. Når beslutninger først var tatt så var det en selvfølge å følge lojalt opp. I flere undersøkelser blir det pekt på hvor viktig det er for ansatte å ha kontroll over de

oppgavene som skal løses (Jelstad, 2007; Knudsen et al, 2003; McNulty et al, 2007). Jelstad (2007) finner at autonomi i arbeidet er en viktig faktor for å fremme den indre motivasjonen. Studien til Knudsen et al (2003) viser at for å beholde behandlere i rusfeltet er det viktig at disse gis stor autonomi i jobben de skal utøve. I følge modellen til Karasek (1979) så vil ansatte som opplever stor grad av autonomi i jobben kunne tåle høyere krav enn de med liten autonomi.

Kravene som ble stilt til respondentene var realistiske mente de fleste. De fleste var fornøyde med oppgavene og utfordringene faglig sett. Men mange følte arbeidsmengden til tider var for stor. Det føltes som det stadig ble mer å gjøre med de samme ressursene.

Respondentene opplevde at de hadde medvirkning i beslutningsprosessen. Det må antas at respondentenes opplevelse av autonomi var tilfredsstillende. Men samtidig ønsket mange at andre som ikke hadde daglig kontakt med pasienten, skulle være med å fatte viktige beslutninger. Dette kan være et uttrykk for at det var behov for veiledning og faglig støtte i denne type beslutningstaking. Og at behovet for selvråderett i jobben strekker seg så langt som en føler seg kompetent til. Men det kan også bety at høy grad av autonomi ikke er det optimale for alle. I en artikkel av Meier, Semmer, Elfering og Jacobshagen, (2008) tas det til ordet for at om krav-kontroll modellen skal gjelde, må personen være opptatt av å ha høy grad av kontroll. Dersom personen ikke er opptatt av å ha høy grad av kontroll så vil ikke den ønskede effekten inntre, personen vil tvert imot bli mer stresset av å ha stor autonomi. I denne studien kan det like gjerne være det som er årsaken til at mange ønsket delt beslutningstaking. I helsepersonelloven (Lov om helsepersonell, 1999 nr. 64). heter det at som helsearbeider er en forpliktet til å innhente nødvendig ekspertise dersom en selv ikke innehar den nødvendige kompetansen.

I følge "krav- kontroll – støtte modellen" (Johnson & Hall, 1988) kan både sosial støtte og høy grad av selvbestemmelse i jobben motvirke belastningen som høye krav gir. I denne studien opplevde respondentene både sosial støtte og tilfredsstillende grad

av selvbestemmelse i arbeidet, begge deler vil være med å kompensere for belastningen av høye krav i følge ”krav – kontroll – støtte modellen”.

Ledelse

Når det gjaldt ledelse var respondentene opptatt av at lederen hadde god oversikt over oppgavene som skulle gjøres, kunne lytte til medarbeiderne og hadde evne til å delegere. Ellers ble det sett på som viktig at lederen var tydelig og kunne sette grenser, samtidig som evnen til å vise omsorg ble verdsatt. Forskning peker på at det er så mange aspekter som spiller inn at det ikke har vært mulig å etablere noen tydelig norm for hva som er godt lederskap og hva som er god ledelse (Velten et al, 2008). Tidligere ble det lagt vekt på at lederen skulle ha evne til å peke ut retningen og være den drivende kraft på arbeidsplassen. Nå legges det større vekt på at lederskapet ses på som en felles prosess, et samspill mellom leder og medarbeidere (Velten et al, 2008). Denne formen for ledelse er mer relasjonsorientert, og viktige stikkord er åpen dialog, medansvar og delegering av myndighet til medarbeiderne. Denne formen for ledelse har mye til felles med slik respondentene ønsket det, blant annet ved at arbeidstakere kan løse oppgaver ganske fritt innenfor gitte rammer og at lederen lytter til de ansatte. Nytrø (2006) sier noe av det samme som Velten; at det nå er større fokus på arbeidernes egne initiativ og evne til selvledelse. Lederens viktigste oppgave blir å forvalte ønskede kulturelle normer, formidle visjoner og fremme omforente demokratiske løsninger (Nytrø, 2006).

Lønn

Når det gjaldt lønn som motivasjonsfaktor, så fant jeg ikke noen entydige signaler på det. Respondentenes svar varierte fra viktig til lite viktig i beskrivelsen av lønn som motivasjonsmiddel. Andre studier viser også at lønn ikke nødvendigvis rangerer høyest når det gjelder å fremme motivasjon (Bjørk et al, 2007; Solberg, 2007).

Fysisk arbeidsmiljø

Når det gjaldt det fysiske arbeidsmiljøet, var det særlig mangelen på plass som opplevdes frustrerende. Plassmangelen rammet ikke først og fremst de ansatte, men pasientene. Plassmangelen fremsto likevel som viktig for respondentene. Kim (2000) beskriver hvordan det fysiske miljø kan påvirke utøvelsen av sykepleie. Den som skal utøve behandling er avhengig av hvilke rammebetingelser det fysiske miljøet rundt pasienten gir rom for. Respondentene opplevde det lite tilfredstillende at plassmangel la føringer for hvordan de kunne jobbe. I en studie om jobbtilfredshet blant kontoransatte, ble det funnet en sammenheng mellom tilfredshet med det fysiske arbeidsmiljøet og jobbtilfredshet (Veitch, Charles, Farley og Newsham, 2007). Jo mer de var tilfreds med det fysiske arbeidsmiljøet, jo større var jobbtilfredsheten. I en annen undersøkelse pekes det på at sammenhengen mellom fysisk arbeidsmiljø og jobbtilfredshet er kompleks og sammensatt (Carlopio & Gardner, 1992). Det pekes på at opplevelsen av det fysiske miljøet vil avhenge av flere faktorer, blant annet av hvilken jobb en skal utføre.

Øvrige

Verken innefor områdene ”yrkets status” eller ”bedriftens policy” utpekte det seg noen klar retning på hva som fremmet motivasjon blant respondentene. Ut fra det faktum at disse områdene ikke representerer noe tyngdepunkt i studien, samt hensynet til oppgavens omfang, velger jeg ikke diskutere disse funnene ytterligere.

6.2 Involvering, distansering og fritid.

6.2.1 Relasjonen

Respondentene opplevde relasjonen til pasienten som noe av det viktigste i deres arbeid. Måten respondentene beskriver relasjonsbyggingen har mye til felles med hvordan Travelbee (1971) beskriver etableringen av kontakten mellom pasient og sykepleier. Respondentene hadde erfart at tillit mellom behandler og pasient var

nødvendig for å fremme endring hos pasientene. Dette samsvarer med studien det ble referert til innledningsvis, som sier at pasienter med sterk behandlerallianse sjeldnere dropper ut av behandlingen enn pasienter med svakere behandlerallianse (Meier et al, 2006). Lambert (1992) undersøkte ulike faktorer som påvirker resultatet. Han fant at 30 prosent av vellykkede resultat skyldes relasjonen mellom pasient og behandler. Forskning tyder på at behandler og pasient vektlegger forskjellige element i relasjonen, men at det pasienten vektlegger har mest å si for resultatet (Bachelor & Horvath, 2000).

Behandlerens ferdigheter blir fremhevet som viktige. I en studie om behandlingsformen Motivational Interviewing sies det at behandlernes mellommenneskelige ferdigheter er avgjørende for hvordan pasienten involverer seg i behandlingen (Moyers et al, 2005). De viser til at mellommenneskelige ferdigheter som evne til empati, anerkjennelse og likeverdighet er ønskelig. Samtidig som det å gi råd uten å være spurt først, forsøk på å advare og dirigere pasienten ikke er forenelig med å få til en god medvirkning fra pasienten.

Varhely (2000) sier at behandleren må møte pasienten med et åpen sinn og et åpent og medfølende hjerte. Hun sier videre at forandring handler ikke om en intervensjon eller behandlingsmodell alene, men om hva behandler og pasient sammen kan få til. Hun nevner seks områder for å styrke pasientens motivasjon; feedback, ansvarliggjøring, rådgivning, alternativer, empati og tro på seg selv.

Felles for kravene som stilles til behandlere er evnen til mellommenneskelige ferdigheter hvor noe av det viktigste er å kunne vurdere hver enkelt pasient individuelt, og se hva han eller hun trenger (Duncan, Miller og Sparks, 2004). Dette kommer også til uttrykk i en undersøkelse Bachelor (1995) gjorde på hvilke terapirelasjoner pasientene oppfattet som mest positive. Han fant tre hovedtyper høyst forskjellige relasjoner som var ønskelig. Nesten halvparten av pasientene beskrev at behandlerens holdninger var viktige for pasient - behandler relasjonen. Det var ønskelig at behandleren skulle vise respekt, ikke være dømmende, skulle vise forståelse, empati og lytte oppmerksomt, i tillegg til å være vennskapelig. For

nærmere 40 prosent av pasientene var det viktigst at relasjonen førte til økt selvforståelse hos pasienten gjennom tilgang til viktig pasientmateriale. For den minste gruppen var samarbeidet det viktigste, at både pasient og behandler sammen skulle bidra slik at pasienten fikk en positiv forandring. Vi ser at kravene som stilles til behandleren er høyst forskjellige.

Nielsen (2005) understreker også den individuelle tilnærmingen ved å sette pasientens perspektiv i fokus og å være lydhør for pasientens opplevelse av misbruket.

Å bygge relasjonen

Hvilke utfordringer står så behandlerne overfor i hverdagen? Respondentene opplevde det krevende å bygge relasjonen. Mange ville gjerne ha mye kontakt med personalet, mens andre kanskje unndro seg slik kontakt. Det var utfordrende å etablere samarbeid med den enkelte. Den enkelte pasients motivasjon kunne variere mye. Mye av ansvaret for at kontakt etableres legges nettopp på behandleren. Faren for å bli for engasjert er også tilstede. Av og til ser respondentene kolleger som blir for mye pasientens advokat. Da står behandleren i fare for å bli for mye venn og for lite profesjonell hjelper. En av respondentene sa det slik, at som behandler må du se mer enn pasienten.

Kim (2000) beskriver to måter å se praksisdomenet på. Praksis kan ses ut fra en filosofi hvor behandling og pasientens problemer er i fokus, eller hvor omsorg og at pasienten ses som en helhet er i fokus. Innen rusbehandling vil det være nødvendig å kunne se pasienten både utfra et omsorgsperspektiv og en behandlingsfokusert tilnærming. Kim (2000) sier også at sykepleiere må kunne koordinere disse ulike måtene å se pasienten på. Pasienter som kommer til langtidsrusbehandling har mange udekte behov og det er derfor nødvendig å se pasientens helhetlige behov. På den annen side skal pasienten rehabiliteres tilbake til samfunnet og et mest mulig selvstendig liv. Da kan det være nyttig å fokusere på det enkelte problem og la pasienten i mest mulig grad selv ta ansvar for å være med å løse disse. Faren for å bli

for privat er også tilstede. Selv om vi snakker om et helhetlig syn på pasienten, vil relasjonen mellom pasient og behandler alltid innholde elementer som er ukjent for den andre, den private delen av mennesket. I en artikkel av Francis (1980) utdypes to relasjonsformer hun kaller "Gemeinschaft" og "Gesellschaft". Hun skiller vennskapet (Gemeinschaft) fra det mer profesjonelle relasjonen (Gesellschaft). Sist nevnte relasjon preges av at individene bruker bare deler av seg selv utfra hva som er rammen for relasjonen, i motsetning til vennskapet hvor individene i større grad inkorporerer sin private sfære. For eksempel vil det ikke være naturlig at en behandler fokuserer på egen politisk tilhørighet eller eget kjærlighetsliv overfor en pasient. På mange arbeidsplasser vil ansatte få god rettleiding i å skille disse rollene ved å lese etisk reglement.

6.2.2 Behandlerens selvinnsikt

Kravene

Respondentene hadde erfart at de ble emosjonelt engasjert i pasientene. De opplevde dette naturlig tatt i betraktning av at de fulgte pasienten så tett innpå livet. Samtidig kunne de kjenne nødvendigheten av distanse innimellom. Adelman (1989) viser at ansatte i jobber med høye emosjonelle krav rapporterer lavere grad av jobbtilfredshet enn andre.

Respondentene opplevde at pasientene var krevende og ville gjerne ha mye av behandlerne. Noen pasienter kunne være kritiske til behandlingen og kanskje til og med trekke i tvil kompetansen til behandleren. Pasientene projiserer følelser og egenskaper på behandlerne som de selv ikke orker å bære, som for eksempel aggresjon, hjelpeløshet og skyld (Furuholmen & Andersen, 1998, s. 218). En av respondentene uttrykte det slik at pasientene vender lidelsestrykket sitt utover i stedet for innover. Det er lettere å se andre sine feil enn sitt eget ansvar for situasjonen. Pasienten kan rette verbale angrep mot behandleren for å unngå fokus på sitt eget problem (Evans, 1998). Bruken av benektning og overføring av ansvaret på andre er kjente fenomener ved langvarig rusmisbruk (Roy, 1984, s.486). Frustrasjon vendes

mot hjelpeapparatet, familie eller barnevernet for eksempel. Generelt vet vi at mange pasienter får avbrudd i behandlingen på grunn av rus eller av andre årsaker. Samtidig vet vi at det er mange det ikke går bra for etter avsluttet behandling. De neurobiologiske endringene i hjernen fører til dårlig kontroll av belønnings- og motivasjonssystemene og dermed dårlig balanse mellom det langsiktig fornuftige og det kortsiktig løsslupne. Pasienten mister noe av evnen til å planlegge samt gjøre valg som er nyttige på lengre sikt, men gjør i stedet valg i et svært kort tidsperspektiv. (Fakta om narkotiske stoffer, 2005).

Samlet sett stilles behandlerne overfor tøffe utfordringer. Først og fremst påhviler det behandlerne et stort ansvar, fra å etablere kontakt i startfasen til å følge pasienten gjennom hele behandlingsfasen fram til utskriving. Behandlerne må påregne kritikk underveis, både av seg selv og av behandlingstilbudet. Behandleren skal være nær nok til å få kontakt, men tilstrekkelig distansert til å inneha nødvendig profesjonalitet. At alle disse faktorene kan vekke følelser hos behandleren, er svært forståelig.

Selv-innsikten

”For behandlere er det viktig å bli klar over mangfoldet i våre egne reaksjoner slik at vi kan unngå å bli for irrasjonelle og for å forebygge maktmisbruk” (Furuholmen & Andersen, 1998, s. 227).

Fenomenet at behandleren blir personlig engasjert i pasienten er ikke et nytt fenomen. Heller ikke at behandleren blir følelsesmessig berørt av pasienten. Allerede i 1910 definerte Freud (1910) motoverføringer som terapeutens reaksjoner på pasientens overføringer til terapeuten. Kohut (1971) hevdet at motoverføringer dreide seg om terapeutens narsissistiske reaksjoner på pasientens narsissistiske overføringer. Det er viktig for terapeuten å kjenne til sin egen narsissistiske forstyrrelse og gjennomarbeide mest mulig av disse i sin egen analyse.

For å forstå hva de psykologiske mekanismene går ut på, tas det utgangspunkt i Kohurts teori om Selvet. Selvet er den måte en person erfarer seg selv på, som seg selv (Kohut, 1977). Selvets utvikling er avhengig av hvordan behov ble empatisk

bekreftet av omsorgspersoner i barndommen. Selvobjektbehov er behov knyttet til selvet om bekreftende tegn fra den andre (Kohut, 1977). Alle mennesker trenger tilførsel fra omverden for å vedlikeholde opplevelsen av sammenheng, helhet, av å ha verdi og å være i psykisk likevekt. For behandlere kan det dreie seg om å utføre de oppgavene som var planlagt og å være rimelig fornøyd med slik oppgaven ble utført. Pauser og samvær med kolleger, hygge med familien, nyte god mat og en meningsfull fritid er andre element i hverdagen. Dette kalles selvvedlikeholdende selvobjektbehov (Urnes & Karterud, 2001). I perioder hvor behandleren føler ubalanse, sliter med dårlig selvfølelse eller har konflikter gående, vil selvobjektbehovene være sterkere og mer omfattende. Selvet er ute av likevekt og trenger tilførsel fra andre. Da kan det være behov for støttende samtale med en venn eller terapeut.

For å kunne fungere som en god samtalepartner i en terapeutisk dialog, må terapeuten kunne engasjere seg personlig i pasienten. Dette innebærer å mobilisere egne selvobjektbehov knyttet til situasjonen (Urnes & Karterud, 2001). Ofte får behandlere anerkjennelse og kan føle at han betyr mye for pasienten. Men som det pekes på ovenfor, kan også det motsatte skje. At pasienten slett ikke synes noe om behandleren, at det er umulig å få til et samarbeid eller at pasienten drar. I mange av disse situasjonene er det rimelig å anta at behandlere blir følelsesmessig engasjert. Kanskje både sint og lei seg, eller bebreider seg selv for dårlig resultat. Noe som igjen kan føre til at behandlere mister troen på seg selv. I neste omgang vil dette være et dårlig utgangspunkt i samtale med pasienten. Da sier Urnes & Karterud (2001) at det er usedvanlig viktig at behandlere erkjenner disse følelsene. Furuholmen & Andersen (1998) peker på at type motoverføring både har med personlighetsstrukturen til pasienten å gjøre og behandleres mottakelighet. Behandleres totale emosjonelle reaksjoner på pasienten vil ha betydning. Pasienter med misbrukerproblematikk er ofte ustabile i sin behandlingsallianse og motivasjon. De sender ofte ut signaler om at de ikke vil mer, ”hvis det ikke blir som jeg vil, hvis ikke det urettferdige blir rettet opp, så går jeg”. Dette kan indusere følelse av skyld og redsel for å gjøre feil hos behandlere (Furuholmen & Andersen, 1998).

Respondentene hadde funnet sin måte å takle denne utfordringen på. Flere uttrykte at støtten fra kollegaene var viktig. Det å tilhøre teamet, at hele teamet hadde ansvar, følte for mange som en stor støtte. Dette funnet underbygges av Urnes & Karterud (2001) som sier at terapeutene seg imellom dekker viktige selvobjektbehov hos hverandre. Det gjelder både anerkjennelse når en lykkes og trøst og medfølelse når en ikke lykkes. Jamfør kapittelet om sosial støtte.

Flere pekte på at det var nødvendig å etablere en distanse. En av respondentene mente det var viktig å prøve og se situasjoner utenfra. I stedet for å reagere med frustrasjon eller bli lei seg, så var det bedre å undre seg over situasjonen, prøve å utforske det hele som et mysterium. Dette ble det også lagt vekt på i fagmøter og i veiledning generelt. Urnes & Karterud (2001) sier at terapeutens funksjon vil bedres når behovene erkjennes og følelsene uttrykkes, for eksempel i veiledning. Det viktige er at følelsene ikke blir benektet eller utagert overfor pasientene eller projisert over på pasientene. Urnes & Karterud (2001) sier at terapeutens funksjon blir bedre når følelsene erkjennes. I en tyrkisk studie om motivasjon blant psykiatriske sykepleiere, hevdes det at sykepleiere som greier å verbalisere vanskelige følelser, slik som sinne, har en høyere jobbmotivasjon enn de som ikke greier det (Engin & Cam, 2006). Ut fra disse studiene kan det se ut som når behandlere får erkjenne og uttrykke sine følelser, blir de både mer motiverte og bedre behandlere.

Moxnes (2007) hevder i en artikkel at vårt Selv vil variere med hvem vi samhandler med, hvem vi forventes å være og hvem vi dypest sett er selv. Og at personligheten er satt sammen av sinnsbilder av fortid, nåtid og framtid. Han hevder at personligheten er mer en prosess enn et ferdig utdelt sluttprodukt. Det gir håp om å kunne utvikle nye måter å føle, tenke og handle på som er bedre egnet til å løse kravene en møter. Det krever at en blir kjent med flere sider av seg selv.

Et egnet sted for å uttrykke følelser og å bli bedre kjent med seg selv, er i veiledning. I trygge omgivelser gjerne med andre kolleger, er det rom for å dele ulike opplevelser. I studien til Evans & Hohenshil (1997) fant de en sammenheng mellom tilgangen på veiledning og jobbtilfredshet, der tilgang på veiledning økte

jobbtilfredsheten. En av respondentene sier at det er viktig ”å undre seg” i stedet for å bli irritert. At ved å utforske fenomenet som et mysterium blir det mer interessant å takle utfordringene. I dette ligger det en refleksjon rundt det som oppleves vanskelig. For å oppmuntre til refleksjon må det settes av tid til dette i det daglige arbeidet. Knudsen, Ducharme og Roman (2008) slår fast at klinisk veiledning hindrer turnover og fremmer yrkesmessig trivsel blant behandlere i rusfeltet. Lignede resultat ble funnet i en studie som så på trivsel blant sykepleiere ansatt på sykehus. Klinisk veiledning fremmet tilfredshet og kvalitet (Hyrkas, Appelqvist- Schmidlechner og Haataja, 2006). Andre studier peker på at faglig veiledning forebygger utbrenthet og fremmer jobbtilfredshet blant sykepleiere (Edwards et al, 2006).

6.2.3 Behandlerens behov for kunnskap

Interessen og viljen til å hjelpe pasientene var kanskje en av de største motivasjonsfaktorene i min studie. Flere studier peker nettopp på at det er innholdet i arbeidet som er en av de viktigste motivasjonsfaktorene for å bli i jobben (Evans & Hohenshil, 1997; Grafham et al, 2004; Naadac, 2003).

Selv om behandlerne møtte mange utfordringer så virket det som de var forberedt på det. De hadde erfart det tidligere og ble ikke overrasket når en utfordring dukket opp. Trolig hadde dette å gjøre med at behandlerne både hadde erfaring og utdanning innen aktuelt fagområde. I aktuell litteratur kommer det fram at behandlere i rusfeltet har manglet relevant opplæring/utdanning. I en australsk studie (Grootjans et al, 2006) rettes det søkelys på behovet for opplæring av de som jobber med rusbehandling. Det samme kommer til uttrykk i artikkelen av Lazaridis (2003) som peker på manglende opplæring av behandlere. Libretto, Weil, Nemes, Linder og Johansson (2004) fremhever at det i USA har vært få studier som undersøker utdanningsbehov for behandlere i rusfeltet.

I Norge har andelen årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning innen rusfeltet økt fra 64 til 65 prosent fra 2006 til 2007 (Sektorrapport for rusbehandling, 2007). Men

hvor mange av disse som har tilleggsgutdanning innen rusbehandling vites ikke, da dette ikke er kartlagt.

Det stilles store krav til individuell tilpasning til den enkelte pasients behov. "One-fits-all behandling" er lite aktuelt innen rusbehandling. Det representerer en ekstra utfordring for behandlere at det eksisterer så få faglige retningslinjer om tjenester til rusmisbrukere (Vedlegg fra Statens helsetilsyn, 2007).

Respondentene sa det var viktig å skape en god relasjon til pasienten i starten av oppholdet. Denne oppfatningen støttes av Bachelor & Horvath (2000) som sier at den terapeutiske relasjonen formes tidlig i forløpet. Det viser seg at pasientens klarhet for behandling kan variere mye. En av respondentene syntes det var motiverende når pasienten ga tilkjenne en viss motivasjon for behandling. Hun nevnte noen små tegn som eksempel på det, for eksempel at pasienten sa "det har vært tøft i det siste...".

Hubble, Duncan og Miller (2000) beskriver fem ulike stadier som pasienten kan befinne seg i når det gjelder klarhet for behandling. Det er viktig at behandleren kjenner til hvor pasienten er når det gjelder klarhet for behandling.

Pasienten i eksemplet ovenfor som sa det hadde vært tøft i det siste, har kanskje tatt det første viktige steget i erkjennelsen av at noe må gjøres. Kanskje befinner pasienten seg i vurderingsfasen som er det andre stadiet når det gjelder klarhet for behandling slik Hubble et al (2000) beskriver. Typisk for pasienter i vurderingsfasen er "Ja, men". De kjenner at en forandring er nødvendig, de har kanskje noen tanker om en målsetning og hvordan nå dit. Men på tross av det, er de usikre på om det er verdt slitet. De preges av usikkerhet og ambivalens rundt valget. I denne fasen er det viktig å skape et støttende miljø rundt pasienten der han kan vurdere uten å føle press eller behov for å handle. I visse tilfeller skal til og med behandleren fraråde handling og heller oppmuntre til å tenke og observere. I vurderingsfasen er det viktig at behandleren viser empati. Behandleren bør gi rom for at forandring tar tid. Det er spesielt viktig å støtte og oppmuntre pasienten, men ikke presse. På lignende måte beskriver Hubble et al (2000) hva som karakteriserer pasienter i de øvrige fasene og

hva som kreves av behandlere. Behandlere bør kunne identifisere hvor pasienten er når det gjelder klarhet for behandling. Og behandlere bør kjenne til hva som kreves i de ulike fasene. Ved økt kunnskap kan kanskje behandlere finne det like motiverende uavhengig av i hvilken fasen pasienten befinner seg.

Sørensen (2002) hevder at kompetanse virker som støtpute eller buffer i emosjonelt krevende jobber. Kunnskap hjelper til å fokusere i en kompleks situasjon, til å ”finne en ende å nøste fra”.

Det finnes mange aktuelle områder behandlerne bør være oppdatert på. Alternative behandlingsmetoder er et område behandlerne bør kjenne til. Likedan bør de ha grunnleggende kunnskap om avhengighet. Siden institusjonen hvor respondentene arbeidet prioriterte kunnskapsutvikling, følte respondentene at de var godt oppdatert, men at de likevel kunne ønsket seg flere kurs.

6.2.4 Behandlerens behov for adspredelse og fritid

De fleste opplevde det til tider vanskelig å legge arbeidet fra seg når dagen var over. Det kunne skyldes spesielle hendelser eller vanskelige situasjoner. Svært mange følte det var viktig å gjøre noe helt annet enn det som hadde med jobb å gjøre på fritiden. Noen hadde erfart at fra å være engasjert i ruspolitikk eller annet rusrelatert arbeid ikke hadde overskudd til dette lengre. De følte etter hvert stort behov for å bruke fritiden til noe helt annet. Et lignende funn ble gjort i en studie om fritidens betydning for behandlere som jobbet innen psykiatrien (Grafanaki et al, 2005). De fant at fritid handlet om å kunne gå inn i en tilstand der en opplevde færre krav, mindre press og bekymring. Å ha tid til at ting bare kunne skje, hvor det viktigste var bare å kunne være til stede her og nå med hele seg. Slike øyeblikk gjorde at de så ting med ”nye øyne”, øyeblikket ble nesten fullkomment og hverdagslige hendelser ble nesten hellige (Grafanaki et al, 2005). Det kan se ut som fritiden bør være uten de krav og press som behandlere opplever i det daglige. Behandlere vil naturlig nok unngå aktiviteter i fritiden som for mye minner om de krav som stilles i hverdagen.

Flere av respondentene sa noe om hvordan det var godt å ha det hjemme. En sa ”som behandler bør en være i harmoni med seg selv, leve strukturert og sørge for påfyll”. I studien til Grafanaki et al (2005) fant de nettopp at fritid hjalp behandlerne til å skape et mer balansert liv. De erfarte at fritid var en viktig komponent i egenomsorgen. Fritid hjalp behandleren til å komme mer i kontakt med seg selv, men også med nære personer som familie og venner. De fant også at fritid kan hjelpe behandlere til å være mer tilstede og emosjonelt tilgjengelige for pasientene. I studien ble det funnet holdepunkter for at behandleren kan utvide sin empati og forståelse av pasienten ved å være mer i kontakt med dypere deler av seg selv (Grafanaki et al, 2005). Dette funnet harmonerer godt med ivaretagelse av selvet som det ble redegjort for tidligere i kapittelet. At det å være bevisst sine egne behov og følelser er nødvendig for å kunne hjelpe andre.

En sa det slik ”når du jobber på en sånn plass skal du ha det veldig ryddig hjemme. For du klarer ikke ha rot både på jobb og hjemme. Og det er vel noe av grunnen til at jeg jobber her, at det fungerer bra hjemme. Du kan bli ganske brukt opp. Da føler du når du kommer hjem at du ikke orker å ta kontakt med noen, bare mure seg litt hjemme. Bare sitte ned å strikke, å gjøre helt andre ting. Ikke løse noen problemer, bare være litt i fred”. Nettopp ”det å være litt alene” sier noe om at fritid behøver ikke bare være de lange friperiodene, men også små øyeblikk i hverdagen der en setter seg ned og samler seg. Det blir bekreftet i studien til Grafanaki et al (2005) at søken etter egenidentitet finner sted i et samspill mellom behovet for å være alene og behovet for å være sammen med andre. For de mentale helsearbeiderne var fritid en anledning til å tilbringe tid alene, hvor det var rom for refleksjon (Grafanaki et al 2005).

Refleksjon ble nevnt som et måte å finne forankring og komme mer i kontakt med seg selv. Respondenten hadde behov for å være litt alene, trolig for å reflektere over arbeidsdagen som var tilbakelagt. Kanskje for å bearbeide dagens hendelser for på den måten å kunne legge disse fra seg. Det kan se ut som fritiden på den måten er viktig for å kunne reflektere og komme i kontakt med seg selv igjen etter ytre påvirkninger.

Som et apropos kan det nevnes at tilbaketrekking fra omgivelsene også kan være et tegn på utbrenthet. Personen takler sin tiltakende følelsesmessige slitenhet ved å ty til depersonalisering, det vil si skape fysisk og psykisk avstand til de mennesker personen omgås i jobben (Matthiesen, 2002). Personen prøver på den måten å redusere noe av det emosjonelle ”trøkket” som tærer på vedkommende. De som er avhengig av tjenesten til den utmattede vil oppleve at vedkommende kommuniserer dårlig, har mindre empati enn tidligere, er lite konsentrert og engasjert, er mindre tilgjengelig og har nok med seg selv (Matthiesen, 2002).

Overmans (1997) argumenterer for at skillet mellom jobb og fritid er midlertidig. Det pekes på at i den vestlige verden har det vært en oppfatning av at fritid må være fortjent, og kan bare rettferdiggjøres av at arbeidet er gjort. En slik holdning kan nok fortsatt være gjeldende i befolkningen. For behandlere ville det være vanskelig å få muligheten til koble av med en slik forutsetning for fritid. Som det er vist til tidligere i oppgaven kan det være vanskelig å definere når jobben er gjort. Det kan også være vanskelig å føle seg fortjent til noe når behandleren for eksempel strever med relasjonen til pasienten, når pasienten har ruset seg eller når behandleren blir skjelt ut. Denne måten å tenke fritid på synes lite hensiktsmessig sett i lys av behandleres behov for avkobling.

Fritid handler om å holde på med andre sysler enn de jobbmessige, der fravær av press og krav er en viktig ingrediens. Fritid kan fremme en opplevelse av balanse hos den enkelte ved tid til refleksjon, tid til å kjenne på egne behov og kanskje ”finne seg selv”. Fritid handler selvfølgelig om mye mer, om et utall av aktiviteter og sosiale settinger. Men funnene handler altså i liket med studien til Grafanaki et al (2005) først og fremst om behandleres preferanser med hensyn til bruk av fritid.

6.3 Å finne mening i arbeidet.

I en artikkel i Aftenposten spør Skaiå (2004) ”Hva gir arbeidet vårt mening?”. Artikkelforfatteren reiser problemstillingen om hva som gir meningsfylt arbeid og

hva som kan være til hinder for det. Han refereres til Knut Hamsuns ”Markens Grøde” der Isak på Sellanrå uttrykker at arbeidsgleden er selve livsgleden.

Artikkelforfatteren gjør seg noen tanker omkring spørsmålsstillingen. Han peker på at mange mennesker i dagens arbeidsliv strever med å finne mening i arbeidet. At mange på tross av gode arbeidsforhold og god lønn føler tomhet. Han peker samtidig på at mennesker som har krevende oppgaver, som å jobbe med mennesker i livets slutfase eller innen humanitært arbeid, opplever stor mening med arbeidet.

De første forsøkene på å utvikle organisasjoner med høyere effektivitet var Taylors ”vitenskapelig ledelse” eller Scientific management (Bjørvik & Haukedal, 1997). Det ble satt fokus på struktur og orden gjennom spesialisering, kommando og kontroll. Det ble tatt for gitt at mennesket ville tilpasse seg organisasjonens krav (Bjørvik & Haukedal, 1997). Som en motreaksjon på klassiske organisasjonsteorier kom ”Human relations” bevegelsen der det ble mer fokusert på individets behov for tilhørighet, følelsesmessig støtte og respekt. Mennesket ble ikke lenger bare betraktet som en bestanddel i en maskin, men heller som en betydningsfull aktør for organisasjonen. Retningen ble kjennetegnet av harmonitenkning, at det egentlig ikke var noen motsetninger mellom individets behov og organisasjonens krav. I forlengelsen av denne tenkningen ble det fokus på hvordan individet kunne finne arbeidet meningsfylt og samtidig gjøre en best mulig jobb i organisasjonen. Behovet for kontroll ble erstattet av en internalisert forpliktelse til selve oppgaven (Bjørvik & Haukedal, 1997).

Respondentene i denne studien hadde funnet mening i arbeidet. Behandlerne i langtidsrusbehandling står overfor store utfordringer. Å finne mening i arbeidet kan for mange assosieres med hvilke resultat som oppnås. Innen langtidsrusbehandling er ikke resultatet alltid like synlig eller målbart. Dessuten er det en kjensgjerning at mange dropper ut av behandling og mange når ikke målene de har satt seg. Det kan derfor synes nødvendig for behandlerne å finne mening i arbeidet uavhengig av hvilke resultat deres pasienter oppnår. For respondentene kan det nettopp synes som

om de fant mening i en noe videre betydning av begrepet enn den vi tradisjonelt finner innen organisasjonslitteraturen.

Gleden over de som lykkes i behandlingen var klart viktig for respondentene. Jamfør grøttesten der de fikk treffe igjen mange av de det gikk godt med. Svarene respondentene ga kan deles inn i tre hovedgrupper. Den ene måten å finne mening på var gjennom ”her og nå” opplevelser. De kunne dreie seg om gode samtaler eller gode relasjoner. Mange uttrykte en spontan glede over samværet med pasientene. Særlig inspirerende var det når de så pasienten hadde forstått noe viktig. Den andre hovedgruppen preges mer av en langsiktig tenking, at pasienten fikk noe ut av oppholdet som han kan bruke ved en senere anledning, selv om vedkommende ikke greide det denne gangen. Den tredje måten å tenke på var følelsen av ”at jeg gjorde så godt jeg kunne”.

Barnes (2002) sier vi kan finne mening i historiene som pasienter og studenter forteller oss, historier som inspirerer og beveger oss. Men meningen som er skapt sammen med et annet menneske har en mer kraftfull intensitet. Å finne mening er et engasjement inn i en prosess med et usikkert utfall. Muligheten er der for både stor skuffelse eller stor glede. Det er på mange måter noe av det samme respondentene viser til i sine svar når det omtaler ”her og nå” opplevelser med pasientene. Det er den umiddelbare gleden over å være på samme ”bølgelengde”, over å dele felles opplevelse og felles forståelse. Samtidig vet behandleren at relasjonen kan være skjør og det kan ligge mye arbeid forut. Flere av artiklene det ble referert til innledningsvis, viser at det er selve innholdet i arbeidet som gjør at behandlere fortsetter i jobben. ”Her og nå” opplevelsene med pasientene oppleves betydningsfulle for respondentene. Epps (2003) nevner spesielt det betydningsfulle i arbeidet som et av tre områder for å finne mening i arbeidet. De to andre områdene omhandler hensikten med arbeidet og om profesjonalitet. Å finne mening med arbeidet er grundig prosess der individet forhandler mellom noe i dypet av seg selv og innholdet i arbeidet. Det handler om å finne en link mellom det en bryr seg om og arbeidet (Epps, 2003). Frankl (1975) sier at mennesker finner mening blant annet gjennom arbeid.

Mennesker lever i spenningsfeltet mellom virkelighet og idealer som skal virkeliggjøres, mening skapes i dette spenningsfeltet. Det å finne mening må hvert enkelt menneske gjøre selv, ingen kan gi mening til et annet menneske (Frankl, 1975). Epps (2003) sier at når individet har funnet mening, så vil det føles som en selvfølge for personen og han vil ha lite bevissthet omkring det.

Den andre hovedgruppen fokuserer mer på langsiktig tenkning, at pasienten på sikt vil få nytte av behandlingen. Hensikten med behandlingen er å bli kvitt avhengigheten. Når pasienten ikke greier det, finner behandleren mening i det at pasienten på sikt vil ha nytte av behandlingen. Respondentene kan på denne måten justere målsetningen for arbeidet sitt ved å sette mer realistiske mål, jamfør tidligere omtalt prestasjonsmotivasjonsteori (Busch & Vanebo, 1995). Respondenten opplever ved denne måljusteringen større grad av mestring. En annen måte å se respondentenes uttalelse på, er at de finner mening ved å se en sammenheng fram i tid. De kan tenke at det de gjorde hadde ingen synlig effekt nå, men fram i tid er det sannsynlig at pasienten vil få nytte av det han fikk med seg fra behandlingen. Antonovsky (1991) beskriver hvor viktig det er for mennesker å kjenne en følelse av sammenheng, at ting henger sammen. Antonovsky (1991) hevder at mennesker som opplever sammenheng i tilværelsen har større grunnlag for å takle stressituasjoner og dermed kunne oppleve stressituasjoner som forståelige, meningsfulle og håndterbare. Han beskriver tre forutsetninger for å finne sammenheng. For det første må oppgaven være forståelig, den må være overkommelig og den må ha mening. Sagt med andre ord, behandleren må kjenne faget, han må ha tro på at han ressurser til å løse oppgaven og han må finne oppgaven verd strevet. Respondentene finner det verd strevet fordi de tror pasientene på sikt vil få nytte av behandlingen de har fått. De opprettholder følelsen av mestring fordi det de har arbeidet med er ikke bortkastet, det vil komme til nytte før eller seinere.

Den tredje måten å finne mening på var kanskje mest preget av distanse og å legge ting bak seg ved å si at ”jeg gjorde så godt jeg kunne”. Relatert til det som tidligere er

beskrevet om "Locus of control" så legger respondenten i dette tilfellet ansvaret for resultatet utenfor seg selv. Det er noe utenforliggende som er årsaken til resultatet.

Det å finne mening i arbeidet oppleves som et viktig element for muligheten til å kjenne harmoni og helse i en krevende arbeidshverdag. Dette framkommer i en brasiliansk studie om hvordan sykepleiere i akuttavdelinger kan holde seg friske og engasjerte (Dal Pai & Lautert, 2008).

6.4 Sammenlignbare pasientgrupper

Er det andre sammenlignbare pasientgrupper det kan trekkes erfaringer fra? Studien trekker fram langtidspasienten som krevende fordi den fordrer utholdenhet både fra pasient og behandler. En kanskje vel så viktig faktor som tidsperspektivet er pasientgruppens egenart. Det ble pekt på innledningsvis at pasientgruppen er krevende. En annen krevende pasientgruppe er pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. I en studie fra USA sier psykiatriske sykepleiere at pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse er noe av det mest utfordrende og krevende å behandle (Bland & Rossen, 2005). Det vises til at ustabile mellommenneskelige relasjoner, svingende humør, manipulasjon, splitting, overføring og motoverføring er atferd som det er vanskelig å forholde seg til. Studien til Bland & Rossen (2005), underbygger det som fremkommer i denne studie, nemlig at relasjonen mellom pasient og behandler er det sentrale element i behandlingen. I studien til Bland & Rossen (2005) pekes det spesielt på behovet for veiledning, utdanning og følelsesmessig støtte til psykiatriske sykepleiere som jobber med pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. I liket med det som framkom som viktig for behandlere i rusfeltet, så sier altså Bland & Rossen (2005) at veiledning, kunnskap og støtte er viktig for sykepleiere som behandler denne pasientgruppen.

6.5 Studiens funn relatert til Herzbergs tofaktorteori

Hvordan passer studiens funn inn i Herzbergs teori? I følge Herzbergs tofaktorteori skulle motivasjonsfaktorene være kilde til motivasjon, mens hygienefaktorene skulle være kilde til misnøye dersom de var savnet. I en kvantitativ studie om jobbtilfredshet blant rehabiliteringskonsulenter fant Garske (2000) mest misnøye knyttet til to motivasjonsfaktorer. Dette funnet var uventet, da motivasjonsfaktorer forventes å lede til tilfredshet og ikke misnøye, i følge Herzbergs tofaktorsteori (Garske, 2000). Min studie kan ikke på samme måte trekke slike konklusjoner. Metoden som er brukt gjør at det ikke kan foretas målinger over hvilke faktorer som det knyttes mest tilfredshet med og hvilke det knyttes mest misnøye med. I stedet forsøkes det å gi en framstilling av studiens funn plassert henholdsvis i motivasjons- og hygienefaktorer.

Noen av faktorene som ble funnet er typiske motivasjonsfaktorer. Faktorer som fremmer trivsel om de er tilstede, men ikke mistrivsel om de ikke er tilstede. Selve relasjonen behandleren får til pasienten og det å finne mening i arbeidet vil være typiske motivasjonsfaktorer. Begge faktorene sier noe om arbeidet i seg selv og det å se resultat av eget arbeid. Respondentenes behov for forutsigbarhet og beslutningsmyndighet kan knyttes til behov for kontroll over egen arbeidssituasjon, som ifølge Herzberg er motivasjonsfaktor. Behovet for tilbakemelding for vel utført arbeid er et behov for anerkjennelse og dermed en motivasjonsfaktor.

Andre faktorer heller mer i retning av å være hygienefaktorer. Faktorene er ikke nok for å skape motivasjon alene, men vil kunne føre til manglende motivasjon dersom de ikke er tilstede. Sagt med andre ord blir faktorene en forutsetning for motivasjon. Faktorene har det til felles at de er en del av det kontekstuelle rundt jobben som skal gjøres. Respondentene nevner både behov for skjerming av fritid og bedret fysiske arbeidsmiljø som begge trolig ville være plassert som hygienefaktorer. Behovet for veiledning og kunnskap kan ses på som hygienefaktor da de alene ikke er nok for å motivere, men fravær av faktorene kan føre til manglende motivasjon. I likhet med Herzberg så ikke respondentene lønn som en motivasjonsfaktor. Det kan kanskje

trekkes den konklusjon at lønn er en forutsetning for motivasjon, men er ikke motiverende i seg selv.

Flere av faktorene som ble funnet kan det være vanskelig å kategorisere. Dette gjelder både ledelse og mellommenneskelige forhold. Ledelse er av Herzberg definert som en hygienefaktor. Lederen er en som er teknisk kompetent, som er villig til å lære fra seg og til å delegere ansvar. Forventningene til det å være leder er trolig mye mer sammensatt og komplekst i dag, enn det var når Herzberg utviklet tofaktorteorien. Teorien ble dessuten utviklet med utgangspunkt i industrien som er nokså forskjellig fra det å drive rusbehandlingsvirksomhet. Respondentene hadde behov for at leder både har oversikt, innsikt og evne til omsorg. Det kan være at ledelse hadde blitt plassert annerledes i dag. Mellommenneskelige forhold har Herzberg betegnet som hygienefaktor, hvor han trolig vektlegger den sosiale relasjonen. Respondentene i denne studien var veldig klare på at den sosiale støtten på jobben var en klar motivasjonsfaktor i seg selv og ikke bare en forutsetning for motivasjon. Respondentene vektla den faglige betydning i like stor grad som den sosiale. Det vil si at kollegers innspill opplevdes som et godt korrektiv i behandlingen. Samhandlingen med kolleger var i stor grad en del av jobben. Sosial støtte kunne kanskje like gjerne hørt til blant motivasjonsfaktorene.

Som det fremgår av gjennomgangen ovenfor så kan det diskuteres hvorvidt faktorene som representerer studiens funn er motivasjonsfaktorer eller hygienefaktorer. Det er kanskje ikke avgjørende hvor faktorene plasseres. Klassifiseringen i henholdsvis motivasjons- og hygienefaktorer er en sortering i forhold til faktorer som virker motiverende i seg selv og hvilke faktorer som er en forutsetning for motivasjon. For eksempel, behov for kunnskap og veiledning (hygienefaktorer) kan være en forutsetning for å få en god relasjon med pasienten (motivasjonsfaktor). Skjerma fritid og et godt fysisk arbeidsmiljø kan være viktige forutsetninger for motivasjon.

7. Avslutning

Kapittelet gir en oppsummering av studien. Det gjøres noen betraktninger rundt valg av metode og kapittelet avsluttes med noen forslag til videre forskning.

7.1 Konkluderende refleksjoner

I denne studien har hensikten vært å beskrive hvilke faktorer som fremmer motivasjon hos behandlere i langtidsrusbehandling. Selv om det er gjort mye forskning på jobbmotivasjon, så viser det seg at det er gjort lite i forhold til behandlere innen langtidsrusbehandling. I kartleggingen av hvilke faktorer som fremmer motivasjon har det sentrale vært å intervjuer åtte personer som alle hadde lang erfaring innen langtidsrusbehandling. Hva er det som gjør at disse personene jobber og har jobbet innen langtidsrusbehandling i mange år?

Grunnpilaren i behandlernes arbeid var relasjonen til pasienten. Det var av stor betydning at behandleren fikk til å bygge relasjonen. Både ut fra hensynet til pasienten, men også ut fra hensynet til sin egen motivasjon. Behandleren trengte relevante kunnskaper for å bygge relasjonen. Behandlerne ble stilt ovenfor mange utfordringer. Det var viktig at behandlerne kjente seg selv og sine reaksjoner på disse utfordringene. For å bli i stand til å takle utfordringene, trengte behandlerne tid til både refleksjon og veiledning rundt sine egne reaksjoner.

I samsvar med tidligere funn (Grootjans et al, 2006; Evans & Hohenshil, 1997) var behovet for opplæring og veiledning sentralt hos behandlere i langtidsrusbehandling. Det påhviler først og fremst arbeidsgiver å legge til rette for dette. Siden rusbehandling er tverrfaglig har behandlere innen langtidsrusbehandling forskjellig utdanningsbakgrunn, de fleste har enten sosialfaglig, helsefaglig eller pedagogisk utdanning. Det kan variere hvordan kunnskap om rusbehandling formidles i de respektive utdanningene. Blant annet fordi det ikke eksisterer noen statlige retningslinjer for rusbehandling, må det påregnes at det som formidles om

rusbehandling på grunnutdanningene er forskjellig og kanskje litt tilfeldig. Det er derfor sannsynlig at den spesifikke opplæringen på rusbehandling blir gitt internt på rusbehandlingsinstitusjonen. At det er etablert videreutdanninger innen tverrfaglig rusbehandling, vil bidra til at kunnskapsnivået høynes. Når de statlige retningslinjene blir ferdigstilt, vil også disse bidra til å lette kunnskapstilgangen. Når det gjelder bevisshet rundt egne reaksjoner, er det først og fremst viktig at arbeidsmiljøet er åpent og tillitsfullt, slik at det er mulig å få tilbakemeldinger fra kolleger. Det er også viktig at arbeidsgiver legger tiltrette for mer formalisert veiledning og mulighet for refleksjonsgrupper.

Nær knyttet opp til det å skape relasjon, var det å finne mening i arbeidet sitt. Samtlige ga uttrykk for en mening dypere enn det som kanskje vanligvis menes når arbeid benevnes ”meningsfullt”. Selve relasjonen ga mening. De fleste opplevde mening selv om resultatet ikke var som ønsket, altså at pasienten ble rusfri. Jeg opplevde at hver og en hadde funnet sin ”mening”, og jeg tror det var noe av det viktigste for å stå i en så utfordrende jobb.

Respondentene følte behov for skjerming av fritida si. Det var viktig både at arbeidstiden ble respektert, men også at innholdet i fritida ble fylt med noe helt annet enn jobbrelaterte saker. I fritida var det behov for atspredelse og opplading. Klart definert fritid fremstod som en svært viktig faktor for å holde ut i jobben. Av og til ble faktisk begrepet ”holde ut” brukt i stedet for å være motivert. Respondentene følte at det var viktig å skjerme privatlivet sitt fra pasientene. Det er viktig at arbeidsgiver respekterer arbeidstida til de ansatte og legger til rette, slik at jobbrelatert aktivitet ikke skal foregå i fritida.

Behovet for forutsigbarhet var en annen faktor som opplevdes viktig for respondentene. Dette gjaldt først og fremst forutsigbarhet i forhold til oppgavene som skulle gjøres. Det betydde mye å få gjort det en hadde planlagt å gjøre, det ga en god følelse. Når andre oppgaver måtte prioriteres, føltes dette frustrerende. Arbeidsgiver og arbeidstaker kan sammen legge til rette for økt forutsigbarhet. Tiltak kan være å

fokusere på å redusere sykefravær, bedre planlegging, øke fleksibilitet eller andre element som øker forutsigbarheten.

Sosial tilhørighet og støtte ble fremmet som en viktig motivasjonsfaktor. Mange studier viser nettopp dette at sosial tilhørighet og sosial støtte på jobben er viktig (Bjørk et al, 2007; Jelstad, 2007). Når det gjelder betydningen av sosial tilhørighet, så skiller altså ikke denne studien seg vesentlig fra andre studier om tilfredshet og motivasjon.

Faktorene som blir kalt ”organisatoriske” frembrakte ikke så mange tydelige funn. Men det var tydelig at deltakelse i beslutningsprosesser var viktig, altså en viss grad av autonomi, selv om flere så fordelene av å ikke være alene om å ta vanskelige beslutninger. Til en viss grad ble det funnet støtte for krav - kontroll - støtte modellen i studien. Hvordan ledelse utøves er viktig for behandlernes motivasjon, særlig blir behovet for tilbakemelding og anerkjennelse pekt på. Leders evne til oversikt, innsikt og evne til omsorg fremheves. Studien pekte ikke i noen klar retning når det gjaldt lønn som motivasjonsmiddel. På ett punkt skilte denne studien seg fra andre studier, respondentene var ikke opptatt av avansement. Det virket ikke som muligheter for avansement hadde noen særlig innvirkning på deres motivasjon.

7.2 Metodekritikk

Ved et utforskende design er det ønskelig å ha et rikest mulig datamateriale. Selv om datamaterialet opplevdes fyldig, er det sannsynlig at en intervjurunde til, hadde beriket materialet ytterligere. Studiens ramme tillot dessverre ikke flere intervjurunder. En annen begrensning ved studien er at data ble samlet inn på kun en institusjon. Særpreget ved institusjonen, slik som institusjonens beliggenhet, kultur, behandlingsideologi, antall plasser, sammensetningen av personell og arbeidsfordeling på avdelingen vil kunne påvirke respondentens opplevelse av hva som fremmer motivasjon. Særpreget som kan påvirke hvorvidt andre behandlere i andre institusjoner, finner funnene relevante. Men på tross av særpreget, vil alle

langtidsinstitusjoner ha noe til felles, nemlig den nære relasjonen mellom pasient og behandler. I denne studien har nettopp den nære relasjonen vært sentral.

Ved enhver intervjusituasjon står intervjueren i fare for å legge for mye av seg selv inn i situasjonen. Dette gjelder både i intervjufasen og i analysefasen. Jeg prøvde å være bevisst på dette ved ikke bare å lete etter det jeg forventet, men ha et åpent sinn til det som ble fortalt. Og å stille oppfølgingsspørsmål ut fra det den enkelte beskrev. Det opplevdes til tider vanskelig å balansere mellom det å følge opp det den enkelte fortalte og å få stilt de spørsmålene jeg hadde lyst til å få svar på. Intervjuene ble ikke gjennomført på egen arbeidsplass hvor undertegnede har en lederrolle.

Selv om det ble gitt fyldige svar på spørsmålene, så ville trolig en mer erfaren forsker kunne fått enda mer informasjon fra respondentene. Jeg hadde god nytte av erfaringene som ble høstet i pilotintervjuet. Det var merkbart forbedring av kvaliteten på intervjuene fra pilot til de øvrige intervjuene.

På tross av disse begrensingene, har studien skaffet tilveie økt kunnskap på et område det ikke har vært fokusert mye på.

7.3 Forslag til videre forskning og tiltak

Det hadde vært interessant å undersøke nærmere hvordan høyskolene som utdanner helse- og sosialfaglig personell vektlegger fag som gir studentene innsikt i hvordan beholde motivasjonen i arbeidslivet. Spesielt interessant ville det vært og sett nærmere på læreplanene til videreutdanningene innen rusbehandling.

Det er gjort lite forskning på behandlermotivasjon i rusfeltet i Norge. Denne studien viser noen faktorer som oppleves viktige for behandlere. Med utgangspunkt i denne studien kunne det lages en survey, hvor et større antall behandlere blir forespurt. På den måten kunne det verifiseres om funnene er generaliserbare.

Studien legger grunnlag for arbeidsgivere til å sette arbeidsmotivasjon på dagsorden. Rusbehandlingsfeltet er på mange måter i "støpeskjeen" fortsatt, blant annet fordi

retningslinjene ikke er kommet på plass (Vedlegg fra Statens helsetilsyn, 2007) og det er store ulikheter mellom organisering og kapasitet i de regionale helseforetakene (Sektorrapport for rusbehandling, 2007). Rusbehandlingsfeltet er på mange måter inne i en omskiftelig tid. Det bør derfor være mulig å legge inn tiltak som fremmer motivasjon hos behandlerne i langtidsrusbehandling. For å kunne løse de mange utfordringene som rusfeltet står overfor, er det nødvendig med motiverte behandlere!

Kildeliste

- Adelmann, P.K. (1989): *Emotional labor and employee well-being*. Michigan: The University of Michigan.
- Antonovsky, Aa. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bachelor, A og Horvath, A. (2000). The therapeutic relationship. I: M.A.Hubble, B.L. Duncan og S.D. Miller. *The heart and soul of change* (s.133- 178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnes, H.N. (2002). Creating meaning and value in substance abuse education. *Substance Abuse*, 23 (4), 203-209.
- Behandling av rusavhengighet. (2008). Behandling av rusmiddelavhengighet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
http://www.shdir.no/rusmidler/behandling_av_rusavhengighet/ Lastet ned 16.10.08.
- Bjørk I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S., Tørstad, S. og Hamilton, G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44, 747-757.
- Bjørvik, K.I. og Haukedal, W. (1997). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Bland, A.R. og Rossen, E.K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Mental Health Nursing*, 26 (5), 507-517.

- Borda, R.G. og Norman, I.J. (1997). Testing a model of absence and intent to stay in employment: a study of registered nurses in Malta. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 375-384.
- Brandtzæg, P.B. (2000). *Forutsigbarhet og endring i arbeidslivet*. Hovedfagsoppgave i psykologi, Psykologisk institutt, NTNU, Trondheim.
- Brink, P.J. (1998). Exploratory Designs. I: P.J. Brink og M.J. Wood. *Advanced design in nursing research*, 2nd ed (s.308-334). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Busch, T. og Vanebo, J.O. (1995). *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Oslo: Tano.
- Carlopio, J.R. og Gardner, D. (1992). Direct and interactive effects of the physical work environment on attitudes. *Environment and Behavior*, 24 (5), 579-601.
- Cutrona, C.E. og Russel, D.W. (1990): Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. I: B.R.Sarason, I.G. Sarason og G.R. Pierce (red.): *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Dallner, M og Knardahl, S. (1997). Control at work. I: K.Lindstrøm, M. Dallner, A.L.Elo, F.Gamberale, S. Knardahl, A. Skogstad og E.Ørhede (Eds.). *Review of psychological and social factors at work and suggestions for the general Nordic questionnaire* (s. 39-43). Copenhagen: Nordic Council of Ministers Nord:15.
- Dal Pai, D. og Lautert, L. (2008). Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 16 (3), 439-444.
- Deci, E.L og Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. og Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed-therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

-
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergil, A. og Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (8), 1007-10015.
- Elster, J. (1990). *Nuts and Bolts for the social sciences*. Cambridge: Cambridge university press.
- Engin, E. og Cam, O. (2006). Correlation between psychiatric nurses anger and job motivation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (6), 268-275.
- Epps, J. (2003). The journey of meaning at work. *Group Facilitation: A Research and Applications Journal* 5, 17-26.
- Evans, W. N. (1998). Assessment and diagnosis of substance use disorders. *Journal of counseling & development*, 76 (3), 325- 333.
- Evans, W.N. og Hohenshil, T.H. (1997). Job satisfaction of substance abuse counselors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15 (2), 1-13.
- Fakta om narkotiske stoffer. (2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet avdeling rusmidler.
- Frankl, V.E. (1975). *Vilje til mening*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Francis, G. (1980). Gesellschaft and the hospital: Is total care a misnomer? *Advances in nursing science*, 2 (4), 9-14.
- Fridell, M. (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk: organisasjon, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. I: J.T. Strachey (red.). *The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud, Vol XI*. London: Hogarth Press.

- Furuholmen, D. og Andersen, A.S. (1998). *Fellesskapet som metode*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Ganster, D.C., Mayes, B.T., Sime W.E. og Tharp G.D.(1982). Managing occupational stress: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 67, 533-542.
- Garske, G.G. (2000). The significance of rehabilitation counselor job satisfaction. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31 (3), 10-13.
- Germain, C.B. og Gitterman, A. (1980). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, Ca: Sociology Press.
- Glaser, B.G. og Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Grafham, E., Matheson, C. og Bond, C.M. (2004). Specialist drug misuse nurse's motivation, clinical decision-making and professional communication: an explanatory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 690-697.
- Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., Mckenzie, B., Nason, S. og Anderegg, M. (2005). Sources of renewal: A qualitative study on the experience and role of leisure in the life of counsellors and psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 18 (1), 31-40.
- Grootjans, J., Hunt, H., Cresswell, S. og Robinson, T. (2006). Exploration of self-identified needs of alcohol and other drug workers. *Australian Journal Rural Health*, 14, 62-65.

-
- Hackman, J.R., og Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 250 – 279.
- Hackman, J.R., og Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading: Addison-Wesley.
- Hardiman, M. (2001). *Overcoming addiction. A common sense approach*. California: The Crossing Press Freedom.
- Herzberg, F., Mausner, B. og Snyderman, B.B. (1993). *The motivation to work*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Holm, S. (2007). *Jobbtilfredshet og motivasjon blant sosialarbeidere*. Masteroppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Holm, U. (1985). *Empati i lækar-patient-relationen. En teoretisk og empirisk analys*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Ma.: Addison-Wesley.
- Hubble, M.A., Duncan B.L. og Miller, S.D. (2000). Directing attention to what works. I: M.A.Hubble, B.L. Duncan og S.D. Miller. *The heart and soul of change* (s.407-440). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hyrkas, K., Appelqvist- Schmidlechner, K. og Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 521- 535.
- Jelstad, B (2007). *Beyond money. Intrinsic work motivation in profit and nonprofit organizations*. Bergen: Norges Handelshøyskole.
- Jenner, H. (1987). *Motivation hos missbrukare och behandlare*. Lund: Studentlitteratur.
- Jenner, H. og Segraeus, V. (1989). *Att hålla lågan levande: om bemästrande av utbrändhet*. Lund: Studentlitteratur.

- Johnsen, J. (1995). *Effekter av behandling*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet.
- Johnsen, J.V. og Hall, E.M. (1988). Job strain, work place support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1336-1342.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Kim, S.H. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing, second ed.* New York: Springer Publishing Company.
- Klientkartleggingsdata (2007). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2007*. Oslo: Stiftelsen Bergensklinikkene og Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Knardahl, S. (1997). Predictability at work. I: K. Lindstrøm, M. Dallner, A.L. Elo, F. Gamberale, S. Knardahl, A. Skogstad og E. Ørhede (Eds.). *Review and psychological and social factors at work and suggestions for the general Nordic questionnaire* (s.43-47). Copenhagen: Nordic Council of Ministers Nord:15.
- Knudsen, H.K., Ducharme, L.J. og Roman P.M. (2006). Counselor emotional exhaustion and turnover intention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2), 173-180.
- Knudsen, H.K., Ducharme, L.J. og Roman P.M. (2008). Clinical supervision, emotional exhaustion and turnover intention: A study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trails Network of the National Institute on Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35 (4), 387-395.

-
- Knudsen, H.K., Johnson, J.A. og Roman, P.M. (2003). Retaining counselling staff at substance abuse treatment centers: effect on management practices. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 129-135.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lambert, M. J. (1992). Implication of outcome research for psychotherapy integration. I: J.C. Norcross & M.R.Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94 –129). New York: Basic Books.
- Lazaridis, K.B. (2003). Behandlingsfeller. *Rus og Avhengighet*, 6 (2), 23-25.
- Lee, K., Carswell, J.J. og Allen, N.J. (2000). A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person and work related variables. *Journal of Applied Psychology*, 85 (5), 799-811.
- Libretto, S., Weil, J., Nemes, S., Linder, N.C. og Johansson, A.C. (2004). Snapshot of the substance abuse treatment workforce in 2002: A synthesis of current literature. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36 (4), 489-497.
- Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (2005, nr 62). Lov av 17.06.2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Lov om helsepersonell (1999, nr. 64). Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

- Lov om pasientrettigheter (1999, nr. 63). Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Lov om sosiale tjenester (1991, nr.81). Lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven). Oslo: Sosialdepartementet.
- Lov om spesialisthelsetjeneste (1999, nr.61). Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Lund, T. (2005). The qualitative-quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49 (2), 115-132.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslach, C. og Leiter, M.P.(1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Matthiesen S. B. (2002). Utbrenthet i det moderne, en oversikt. I: A. Roness og S.B Matthiesen (red.). *Utbrenthet, krevende jobber - gode liv?* (s. 20-56). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- McNulty, T.L., Oser, C.B., Johnson, J.Aa., Knudsen, H.K. og Roman, P.M. (2007). Counselor turnover in substance abuse treatment centers: An organizational- level analysis. *Sociological Inquiry*, 77 (2), 166-193.
- Meier, L.L., Semmer, N.K., Elfering, A. og Jacobshagen, N. (2008). The double meaning of control: three-way interactions between internal resources, job control and stress at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13 (3), 244-258.
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff P., Barrowclough, C og Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83 (1), 57-64.

-
- Miller W.L. og Crabtree, B.F. (1999). Clinical research. A multimethod typology and qualitative roadmap. I: B.F. Crabtree og W.L. Miller (red.). *Doing Qualitative Research*, 2nd ed (s.20-24). Thousand Oaks, Ca.: Sage.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. og Steers, R.M. (1982). *Employee- organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism and turnover*. New York: Academic Press.
- Moxnes, P. (2007). *Fasett- mennesket - hvem er jeg? Personlighet og rolle i et lederopplæringsperspektiv*. Oslo: Paul Moxnes Forlag.
- Moyers, T.B., Miller, W.R. og Hendrickson, S.M.L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 590-598.
- Naadac. (2003). *Naadac, The association for addiction professionals. Practitioner services network. A survey of early career substance abuse counsellors. Year 2 Final report*. <http://naadac.org/pressroom/files/Year2SurveyReport.pdf>. Lastet ned 28.01.08.
- Nielsen, A.S. (2005). Factors influencing the therapeutic alliance and treatment compliance: The individual experience. I: M.U. Pedersen, V. Segraeus og M. Hellman. *Evidenced based practice? Challenges in substance abuse treatment* (s.187-205). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research no 47.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk* (s.24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 4:2003. Forsking på rusmiddelfeltet – en oppsummering. Oslo: Sosialdepartementet.

- Nytrø, K. (2006). Menneskets evolverte natur og organisert arbeid. I: P.Ø. Saksvik og K. Nytrø (red.). *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring* (s. 15-55). Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Odelstingsproposisjon nr. 3 (2002-2003). *Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelbrukere (Rusreform I)*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Overmans, S. (1997). *The influence of the protestant ethic on sport and recreation*. Chicago, IL: Avebury Press.
- Peterson, C., Maier, S.F. og Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Pinder, C.C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D.F. og Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*, 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Ravndal, E. og Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment and completion and 5 years outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (2), 135-142.
- Richardsen, A.M. (2000): *Prosjektbeskrivelse: Utbrenthet i arbeidslivet: Individuell og jobbrelevante sammenhenger*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Richardsen, A.M. (2002). Fra utbrenthet til jobbengasjement: Hvordan oppnå økt vitalitet, entusiasme og fordypelse i arbeidet. I: A.Roness og S.B. Matthiesen (red.). *Utbrent, krevende jobber- gode liv?* (s. 366-381). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing. An adaptation model*, 2th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Rundskriv I-36/2001. *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Rundskriv I-8/2004. *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Helsedepartementet.

Ryan, R.M. og Deci, E.L. (2000a). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Ryan, R.M. og Deci, E.L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54 - 67.

Rørvik, G. (2008). Hjernen ikke tilpasset moderne arbeidsliv. *Arbeidervern* 4, 6-7.

Saksvik, P.Ø., Nytrø, K. og Tvedt, S.D. (2008). Sunn endring i organisasjoner. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45, 295-300.

Schein, E.H. (1980a). *Mennesker i utvikling*. Oslo: Tanum-Norli.

Schein, E.H. (1980b). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Sektorrapport for rusbehandling 2007. *Samdata. Sektorrapport for rusbehandling 2007. Rapport 4/08*. Trondheim: SINTEF Helse.

Shaver, K.H. og Lacey, L.M. (2003). Job and career satisfaction among staff nurses: Effects of job setting and environment. *Journal of Nursing Administration*, 33 (3), 166-172.

Skaiaå, A. (2004). Arbeidets mening. *Aftenposten* 23.01.04.

<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article715110.ece>. Lastet ned 15.08.08

Solberg, K. (2007). Lønn ikke viktig. *Aftenposten* 23.01.09.

<http://www.aftenposten.no/forbruker/article1667649.ece>. Lastet ned 20.03.09.

Strategisk plan for rus og avhengighetsbehandling, Aker Universitetssykehus HF 2006-2010. "Tverrfaglig spesialisert rusbehandling" – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Aker Universitetssykehus HF. Klinikk for psykisk helse. Avdeling rus og avhengighet.

Statens helsetilsyn. (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10-2000. Oslo: Statens helsetilsyn.

Steiro, A.K. og Dalsbø, T.K (2009). *Prosjekt 477. Langtidsbehandling av personer med rusavhengighet*. Oslo: Kunnskapssenteret.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/3897.cms>. Lastet ned 29.04.09.

Strauss, A. og Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park, Ca: Sage Publications.

Sørensen, B.Aa. (2002). Det grådige arbeidslivet. I: A.Roness og S.B. Matthiesen (red.). *Utbrent, krevende jobber- gode liv?* (s. 116-143). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Szymanski, E. og Parker, R.M. (1995). Rehabilitation counselor work motivation, job performance and job satisfaction: an exploratory study. *Journal of Rehabilitation Administration*, 19 (1), 51-64.

Taylor, M.C. (1990). *Essentials of psychiatric nursing*, 13th ed. Toronto: Mosby.

Thorsrud, E. og Emery, F. E. (1969). *Mot en ny bedriftsorganisasjon. Eksperimenter i industrielt demokrati fra samarbeidsprosjektet LO/NAF*. Oslo: Tanum Forlag.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

-
- Urnes, Ø og Karterud, S. (2001). Motoverføring. I: S. Karterud, Ø. Urnes og G. Pedersen (red.). *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling* (s. 392-405). Oslo: Pax Forlag A/S.
- Valset, S. (2004). *Veivalg i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Varhely, S. (2000). Treating addictive disorders. I: S.Amos (red.). *Substance Abuse and Counseling* (s.125-169). Greensboro: CAPS.
- Vedlegg fra Statens helsetilsyn. (2007). *Vedlegg til brev av 13. desember 2007 fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet. Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Veitch, J.A., Charles, K.E., Farley, K.M. og Newsham, G.R. (2007). A model of satisfaction with open – plan office conditions: Cope field findings. *Journal of Environmental Psychology*, 27 (3), 177-189.
- Velten, J., Ackerman, C., Hallsten, F. og Tengblad, S. (2008). *Medarbeiderskap - fra ord til handling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weinberg, J., og Levine, S. (1980). Psychobiology of coping in animals: The effects of predictability. I: S. Levine og H. Ursin (Eds.). *Coping and health* (s.39-59). New York: Plenum Press.
- Årsrapport, 2008. Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon.
<http://riorg.no/arsrapporter.28617.no.html>. Lastet ned 13.04.09.

VEDLEGG

VEDLEGG 1: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS – 05.11.2007

Kvittering på melding om behandling av personopplysninger.



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Randi Nord
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 05.11.2007

Vår ref :17715 / 2 / SF Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.10.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17715	<i>Behandlermotivasjon i rusfeltet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Randi Nord</i>
Student	<i>Kristin Jevne</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

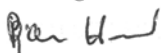
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Solve Fauskevåg

Kontaktperson: Solve Fauskevåg tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kristin Jevne, Røyskattbakken 2, 2827 HUNNDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8, første ledd, samtykke.

Informasjonsskrivet er tilfredsstillende under forutsetning av at:

- Det tilføyes at det er frivillig å delta i studien
- Det presiseres at datamaterialet anonymiseres først ved prosjektslutt 15.06.2008
- Veileders navn og kontaktinformasjon tilføyes

Vennligst ettersend endelig versjon av informasjonsskrivet.

Det forutsettes at informantene ikke uttaler seg om identifiserbare tredjepersoner.

Ved prosjektslutt 15.06.2008 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), samt at lydopptak og koblingsnøkkel slettes.

**VEDLEGG 2: Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS –
14.05.2009**

Personvernombud har registrert ny dato for anonymisering.

Subject: Prosjektnr: 17715. Behandlertmotivasjon i rusfeltet
From: "Katrine Utaaker Segadal" <katrine.segadal@nsd.uib.no>
Date: Thu, May 14, 2009 10:58
To: t.k.jevne@studmed.uio.no
Create Filter: [Automatically](#) | [From](#) | [To](#) | [Subject](#)
Options: [View Full Header](#) | [View Printable Version](#) | [Download this as a file](#) | [Add to Addressbook](#) | [View Message details](#)

Hei,

Viser til statusskjema mottatt 25.03.2009.

Personvernombudet har registrert 01.09.2009 som ny dato for anonymisering. Vi vil rette en ny statushenvendelse når dette nærmer seg.

Vennlig hilsen/best regards

Katrine Utaaker Segadal
Fagkonsulent
(Specialist Consultant)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

TLF. Direkte: (+47) 55 58 35 42
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: katrine.segadal@nsd.uib.no
Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

VEDLEGG 3: Søknad om tilgang på respondenter



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

NOTAT

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

NO-0318 Oslo

Telefon: 228 50 560

Telefaks: 228 50 570

Saksbehandler:

Dato: 220907 **Saksnr.:**

Sakseier:

Nettadresse: www.med.uio.no/ish

Søknad om tilgang på respondenter

**Søknad om å intervjuere behandlere/terapeuter ved langtidsavdelingen ved
som forskningsfelt for masteroppgave ved institutt for
sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.**

Takk for hyggelig telefonsamtale 6. september 2007.

Jeg er, som sagt, student ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. Studiens hensikt er å kartlegge egenskaper ved jobbmotivasjon som oppleves viktige for behandlere/terapeuter i langtidsrusbehandling. Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre en del av studien ved Deres institusjon.

Jeg arbeider som ass institusjonsleder på behandling av rus og avhengighet. Jeg har lang fartstid fra helse og sosialtjenesten i kommunesektoren og har snaut to års erfaring fra rusfeltet. Det som slår meg er at ruspasienten er ustabil med hensyn på motivasjon og utholdenhet i behandlingen. Dette kommer blant annet til uttrykk i høy avbruddsfrekvens i behandlingen. Samtidig synes jeg å oppleve en personalgruppe som er engasjert i arbeidet sitt og som greier å jobbe i tråd med sine ideal. Denne erfaringen har ført til at jeg gjerne skulle avdekke hva som fremmer motivasjon hos behandlere/terapeuter i langtids rusbehandling. Forskning viser at forholdet mellom pasient og terapeut kan være avgjørende for resultatet av behandlingen.

Som en del av min oppgave ønsker jeg å intervjuere behandlere/terapeuter med treårig høyskole bakgrunn, med eller uten tilleggsgutdannning, og som har arbeidet i avdelingen i to år eller mer. Det er ønskelig med bredde i intervjugruppen med hensyn på tidligere erfaring, utdanning og alder. Alle som intervjues må ha pasientkontakt som sitt hovedarbeidsområde. Jeg håper på at jeg kan intervjuere ca syv til ni personer på deres institusjon.

Dersom tillatelse blir gitt, håper jeg at dere kan være behjelpelige med å distribuere forespørsel til de som vil være aktuelle for utvalget. Jeg vil da sørge for at forespørselsbrev, samt ferdig adressert og frankerte konvolutter vil bli levert institusjonen. Deltakernes anonymitet og konfidensialitet vil bli ivarettatt etter gjeldende retningslinjer.

Datainnsamlingen vil skje ved individuelle intervju. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time. I utgangspunktet har jeg tenkt å gjennomføre ett intervju per person. Dersom det viser seg nødvendig kan

det bli aktuelt med et oppfølgingsintervju. Undersøkelsen planlegges gjennomført i begynnelsen av november. Jeg håper det er mulighet for å gjennomføre intervjuene i institusjonens lokaler i arbeidstiden til de som intervjues.

Det vil bli innhentet tillatelse fra NSD til å gjennomføre undersøkelsen. Min veileder ved Institutt for sykepleievitenskap er førsteamanuensis Randi Nord, tlf. 22 85 05 74.

Utover den tid som de som intervjues bruker av sin arbeidstid, er det ingen kostnader for institusjonen knyttet til deltakelse. Institusjonen vil få et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensurering. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremleggelse av funnene dersom dette skulle være av interesse. Oppgaven er planlagt innlevert våren 2008.

Jeg håper denne henvendelsen er tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Dersom dere har spørsmål vedrørende opplegget eller gjennomføringen, kan jeg kontaktes på telefon 915 88637.

Vennlig hilsen



Tove Kristin Jevne
Røyskattbakken 9
2827 Hunndalen

**VEDLEGG 4: Informasjon vedr. deltagelse i en studie om hva som gir
behandlere/terapeuter motivasjon til å arbeide med langtidsrusbehandling**

Samtykke erklæring til deltagelse i studien.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

NOTAT

Til:

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
NO-0318 Oslo

Saksbehandler:

Telefon: 228 50 560
Telefaks: 228 50 570

Dato:

Saksnr.:

Sakseier:

Nettadresse: www.med.uio.no/ish

Informasjon vedr. deltagelse i en studie om hva som gir behandlere/terapeuter motivasjon til å arbeide med langtidsrusbehandling.

I forbindelse med min masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, ønsker jeg å intervju deg. Studiens hensikt er å kartlegge egenskaper ved jobbmotivasjon som oppleves viktige for behandlere/terapeuter i langtidsrusbehandling.

Jeg har lang fartstid fra helse og sosialtjenesten i kommunesektoren og har snaut to års erfaring fra rusfeltet. Det som slår meg er at ruspasienten er ustabil med hensyn på motivasjon og utholdenhet i behandlingen. Dette kommer blant annet til uttrykk i høy avbruddsfrekvens i behandlingen. Samtidig synes jeg å oppleve en personalgruppe som er engasjert i arbeidet sitt og som greier å jobbe i tråd med sine ideal. Denne erfaringen har ført til at jeg gjerne skulle avdekke hva som fremmer motivasjon hos behandlere/terapeuter i langtids rusbehandling. Forskning viser at forholdet mellom pasient og terapeut kan være avgjørende for resultatet av behandlingen.

I denne forbindelse ønsker jeg å intervju deg for å få kjennskap til dine erfaringer knyttet til nevnte tema. Intervjuet vil foregå på dagtid på din arbeidsplass, hvis du ikke ønsker noe annet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og jeg vil ta notater underveis. Intervjuet vil vare ca en time. Svarene dine vil bli anonymisert, og lydbåndene vil bli avskrevet ordrett, analysert og deretter tilintetgjort når studien er planlagt ferdig, 15.juni 2008. Veileder for studien er førsteamanuensis Randi Nord, 22 85 05 74.

Det er høyst frivillig å delta i studien og du kan trekke deg fra studien når du måtte ønske det uten at det vil få noen konsekvenser for deg. Det er ingen risiko knyttet til deltagelse i studien. Avdelingen får en kopi av oppgaven når den er ferdig sensurert. Funn fra studien kan bli publisert og/eller presentert på aktuelle tidsskrift/konferanser.

Hvis du ønsker å delta i denne studien, ber jeg deg skrive under på vedlagte samtykke.

Med hilsen


Tove Kristin Jevne

**Samtykkeerklæring til deltagelse i en studie om hva som gir behandlere/terapeuter
motivasjon til å arbeide med langtidsrusbehandling (Behandlermotivasjon i rusfeltet).**

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og er villig til å bli intervjuet. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta.

Sted / dato

Navn